



REGIONE SICILIANA



Assessorato della Salute

MANUALE OPERATIVO DI SICUREZZA PER L'AUTISTA SOCCORRITORE

- LA FIGURA DELL'AUTISTA/SOCCORRITORE
- DISCIPLINA E USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)
- OPERARE IN SICUREZZA
- RISCHI CONNESSI ALL'ATTIVITÀ IN EMERGENZA
- LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEL PAZIENTE
- GESTIONE DELLE MANUTENZIONI
- GUIDA SICURA
- SEGNALETICA DI SICUREZZA
- RISCHIO BIOLOGICO
- RISCHIO CLINICO





SEUS – SICILIA EMERGENZA-URGENZA SANITARIA SCpA

Sede Legale: Via Villagrazia, 46 – 90124 Palermo

Registro delle Imprese di Palermo

Codice Fiscale e Partita Iva. 05871320825

Al tutto il personale autista soccorritore SEUS SCpA

Prot. *118* U-PR/12 del *29* /02/2012

Oggetto: consegna M.O.S. - Manuale Operativo di Sicurezza per l'Autista soccorritore.

In relazione all'obiettivo di informazione ai lavoratori, in materia di tutela della sicurezza sul lavoro, che si intende perseguire con la consegna del Manuale per l'Autista Soccorritore, manifesto la mia approvazione alla divulgazione del suddetto Manuale per consentire la trasmissione di tutte le informazioni utili a tutelare il ns. personale autista soccorritore che quotidianamente si trova ad affrontare situazioni in emergenza.

Condividendo i punti chiave riportati nel Manuale, esposti dal R.S.P.P. Dr. Mario Drago e già condivisi dall'ex Presidente e dalle Direzioni, esorto il personale in indirizzo a recepire tutte le informazioni descritte nello stesso ed a svolgere i compiti assegnati nel rispetto della normativa inerente la tutela della sicurezza sul lavoro.

E' mio desiderio comunicarvi che questo primo step fa parte di un ampio progetto aziendale, volto alla valorizzazione e crescita delle proprie risorse umane, che sarà sviluppato attraverso azioni di promozione, formazione ed aggiornamento del personale della SEUS SCpA.

Soltanto attraverso la collaborazione di tutto il personale e i progetti di incentivazione del personale, supportati dalle Direzioni aziendali, si potrà raggiungere un alto grado di qualità ed efficienza nella Gestione del Servizio di Emergenza Urgenza 118 della regione siciliana.

Augurando a tutti buon lavoro, porgo distinti saluti.

SEUS SCpA
Il Presidente
Dott. Mario G. Chisari

SEUS SCpA
Il Resp. Serv. Prevenzione e Protezione
Dr. Mario Drago

MANUALE OPERATIVO DI SICUREZZA PER L'AUTISTA SOCCORRITORE

- La figura dell'autista/soccorritore
- Disciplina e uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)
- Operare in sicurezza
- Rischi connessi all'attività in emergenza
- La movimentazione manuale dei carichi e del paziente
- Gestione delle manutenzioni
- Guida sicura
- Segnaletica di sicurezza
- Rischio Biologico
- Rischio clinico

PREFAZIONE DEL PRESIDENTE

La gestione del servizio SUES 118 – Servizio di Urgenza Emergenza Sanitaria – della regione siciliana impone che ogni ente/azienda coinvolto nelle attività di soccorso risponda in modo puntuale per poter garantire un'efficace assistenza di primo soccorso. La SEUS, grazie alle proprie risorse umane e materiali, partecipa attivamente e con responsabilità alla gestione del soccorso.

In contemporanea al raggiungimento della propria "mission" la nostra azienda deve anche applicare le dovute misure di prevenzione secondo quanto previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro – D. Lgs. 81/2008. Il presente Manuale fornisce le indicazioni per tutelare la Vostra salute e sicurezza durante l'espletamento del soccorso.

Tale Manuale sarà lo strumento per approfondire le azioni di prevenzione che devono essere attuate durante il soccorso per ridurre i rischi di possibili infortuni sul lavoro per se stessi e per gli altri.

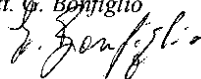
Invito tutto il personale autista soccorritore a far proprie le azioni descritte nel presente Manuale osservando tutte le disposizioni previste dalla legge e dall'azienda.

Applicate le azioni di seguito suggerite con la diligenza e la professionalità che contraddistingue la figura dell'autista soccorritore.

Buon lavoro.

Il Presidente SEUS SCpA

Dott. G. Bonfiglio



INTRODUZIONE

La sicurezza sul luogo di lavoro è un argomento che negli ultimi anni ha assunto dei contorni molto spinosi ed inestricabili.

Le ultime indagini sugli incidenti sul luogo di lavoro hanno evidenziato che la causa principale degli infortuni sul lavoro è generata dalla condotta insicura dei lavoratori (circa 8 incidenti su 10 si verificano a causa di azioni insicure in condizioni strutturali inadeguate e in presenza di dispositivi di protezione individuale errati).

Una volta predisposte delle situazioni strutturali adeguate e dopo aver dotato i dipendenti dei corretti D.P.I., bisogna colmare la carenza di informazione e formazione dei lavoratori sui comportamenti da tenere per la prevenzione dei rischi

L'art. 37 del Testo Unico definisce i contenuti della formazione per i lavoratori e i periodi entro i quali deve essere ripetuta la formazione sulla prevenzione dei rischi connessi alla mansione svolta.

Per la formazione del personale il S.P.P. ha predisposto il P.I.F. Piano di Informazione e Formazione, allegato 6 al Piano Sicurezza, costituito dai programmi dei corsi inerenti la sicurezza sul lavoro ed indirizzato alle figure coinvolte nell'applicazione della normativa sulla sicurezza sul lavoro e alle mansioni ricoperte in azienda.

Per quanto riguarda l'obbligo di informazione, compito dell'azienda è fornire conoscenze utili alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi in ambiente di lavoro.

Come primo strumento che potesse rispondere all'esigenza di informazione si è pensato di diffondere un manuale per trasferire ai dipendenti nel minor tempo possibile tutte le informazioni utili al corretto svolgimento dei compiti assegnati, in un'ottica di prevenzione dei rischi.

Un Manuale Operativo di Sicurezza mira a dare una maggiore consapevolezza del concetto di sicurezza e a sviluppare un modello attivo comportamentale nell'adesione di tutte le prassi di sicurezza corrette.

Dopo aver ricercato invano sul mercato dei format sulla sicurezza idonei a descrivere i rischi connessi alla mansione di autista soccorritore, si è deciso di elaborare il manuale aziendale coinvolgendo tutte le figure in azienda che in base alle esperienze pregresse potessero contribuire a sviluppare un manuale della sicurezza rispondente alle problematiche inerenti la peculiarità del servizio di emergenza-urgenza.

L'impegno profuso dai collaboratori del S.P.P. è stato sostenuto dal RSPP che attraverso il presente manuale e la formazione programmata nel P.I.F. intende trasformare il modus operandi dei lavoratori e dello staff aziendale rinforzando i comportamenti di sicurezza (la riduzione dei comportamenti insicuri non è che conseguenza del rinforzo dei comportamenti positivi).

Il presente manuale tratta tutte le attività di soccorso in emergenza – urgenza con particolare riferimento ai diritti e ai doveri del lavoratore. Sono descritti i D.P.I. Dispositivi di Protezione Individuale in dotazione e le procedure di sicurezza da tenere nelle diverse fasi del servizio S.U.E.S. 118. Inoltre, sono stati approfonditi anche quei rischi impliciti

all'attività di soccorso svolta, ovvero quei rischi che non possono essere rilevati durante i soccorsi effettuati, ma che potrebbero manifestarsi anche a distanza di tempo dall'evento occorso. Stiamo parlando dei rischi biologici e clinici che possono essere evitati soltanto monitorandoli nel tempo.

Con la consegna del presente Manuale Operativo di Sicurezza del Soccorritore la SEUS SCpA adempie all'obbligo di informazione previsto dall'art. 36 del Testo Unico sulla Sicurezza sul lavoro.

Il Resp. Serv. Prevenzione e Protezione
Dr. Mario Drago

INDICE

1. **La figura dell'autista /soccorritore**
 - 1.1. Aspetto normativo del riconoscimento della professione
 - 1.2. Responsabilità civile e penale
2. **Disciplina e uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI)**
 - 2.1. Dispositivi di protezione individuale.
 - 2.2. Rifiuti sanitari a rischio infettivo
 - 2.3. Utilizzo dei D.P.I.
3. **Operare in sicurezza durante il soccorso**
 - 3.1. Definizione di Sicurezza
 - 3.2. Procedura di sicurezza del target "P8P"
 - 3.3. Processo logico-temporale che sottende alle varie fasi del Servizio S.U.E.S. 118
4. **Rischi connessi all'attività in emergenza**
 - 4.1. Sistema di gestione infortuni sul lavoro: procedura aziendale
 - 4.2. Il comportamento del soccorritore di ambulanza nei confronti del paziente aggressivo
5. **La movimentazione manuale dei carichi e del paziente**
 - 5.1. Procedura per contenere il rischio legato alla movimentazione manuale dei pazienti in emergenza
 - 5.2. Regole generali di comportamento sicuro
 - 5.3. Presidi di trasporto

- 5.4. Caricamento e spostamento dei pazienti in emergenza

- 6. **Gestione delle manutenzioni**
 - 6.1. Automezzi, autoambulanze e attrezzature di bordo
 - 6.2. Le bombole di ossigeno
 - 6.3. La sanificazione delle ambulanze e lo smaltimento dei rifiuti speciali
 - 6.4. Smaltimento rifiuti

- 7. **Guida sicura**
 - 7.1. Il comportamento dell'autista/soccorritore durante l'espletamento di un'urgenza
 - 7.2. I dispositivi di segnalazione
 - 7.3. Cause principali di incidenti
 - 7.4. Cinture di sicurezza

- 8. **Segnaletica di sicurezza**
 - 8.1. Tipologie di segnaletica
 - 8.2. La segnaletica di sicurezza aziendale

- 9. **Rischio Biologico**
 - 9.1. Precauzioni universali per la protezione del personale
 - 9.2. Tipologia dei mezzi di protezione individuale da rischio biologico
 - 9.3. Precauzioni generali per evitare contatti accidentali con sangue e altri liquidi biologici
 - 9.4. Sorveglianza Epidemiologica post-esposizione al rischio biologico

10. Rischio clinico

- 10.1. Il rischio clinico e l'errore in medicina
- 10.2. Tecnologie sanitarie e D. Lgs. 81/2008
- 10.3. Il Rischio clinico e la S.E.U.S. SCpA

1. LA FIGURA DELL'AUTISTA SOCCORRITORE

1.1. Aspetto normativo del riconoscimento della professione.

Il profilo professionale dell'autista/soccorritore di emergenza sanitaria ad oggi, nonostante il chiaro ruolo nell'organizzazione dei servizi di emergenza territoriale, soffre di un vuoto legislativo. Non esistono, infatti, norme giuridiche che definiscano la mansione in modo chiaro, delineandone i compiti.

Nasce così la necessità di precisare alcuni concetti per regolarizzare la figura professionale in ottemperanza a quanto previsto dal Decreto Regionale n° 33793 dell'8 gennaio 2001-*"Linee guida per l'organizzazione funzionale dei presidi territoriali di emergenza e della rete dell'emergenza-urgenza"* e dal decreto 30 aprile 2010 - *Linee guida - Protocolli e procedure Servizio S.U.E.S. 118* - pubblicate sulla GURS n°24 del 21/05/2010.

Nelle Linee guida summenzionate sono descritti i compiti relativi alla mansione dell'autista soccorritore:

a) conduzione dei mezzi di soccorso sanitario provvisti di segnalatori di allarme acustico e luminosi a luci lampeggianti blu, nonché salvaguardia della sicurezza degli occupanti dei mezzi medesimi;

b) manutenzione di 1° livello dell'efficienza e della sicurezza del veicolo di soccorso affidatogli;

c) collaborazione nell'intervento del soccorso sanitario, nelle varie fasi del suo svolgimento con particolare riguardo alla messa in sicurezza del luogo dell'evento.

Le attività dell'autista soccorritore sono rivolte alla logistica dell'intervento di emergenza e sono svolte secondo i

piani e le direttive della centrale operativa 118 di riferimento o dell'autorità dalla quale l'intervento è coordinato.

Si descrivono di seguito le competenze tecniche, le attività di verifica e soccorso assegnate all'autista – soccorritore.

A) Competenze Tecniche

- E' responsabile della conduzione e della manutenzione del mezzo di soccorso.
- Svolge la propria attività di funzione di guida dell'ambulanza, in risposta alle richieste di soccorso sanitario territoriale e di trasporto urgente presso altre strutture sanitarie.
- Collabora attivamente nella gestione del soccorso secondo le indicazioni del team leader sanitario.
- Cura la manutenzione ordinaria, controlla il buon funzionamento del mezzo di soccorso e segnala eventuali problemi e disfunzioni.
- Collabora, sulla base delle proprie responsabilità, alla stesura delle procedure, dei protocolli operativi e dei sistemi di verifica nei servizi d'appartenenza.

B) Attività di Verifica

- Controlla l'efficienza dei mezzi di soccorso affidati.
- Collabora con il personale di equipaggio nel controllo del materiale del vano sanitario.
- Controlla lo stato generale del mezzo relazionando su eventuali problematiche rilevate;
- Utilizza gli strumenti informatici per la registrazione dei controlli ai mezzi affidati riportando i dati richiesti per eventuali interventi di manutenzione.
- Collabora alla verifica degli standard di qualità del servizio di appartenenza.
- Collabora alla realizzazione dei tirocini e alla loro valu-

tazione.

- Collabora alla definizione dei propri bisogni formativi e all'addestramento del personale da formare.

C) Attività di Soccorso

- E' responsabile del funzionamento e della conduzione del mezzo di soccorso .

- Sceglie il percorso più idoneo al tipo di intervento in accordo con la C.O. 118.

- Localizza il luogo del soccorso e valuta con l'equipaggio eventuali misure da adottare nell'intervento in atto.

- Raggiunge il target assegnato rispettando il codice della strada e le norme di sicurezza nella guida, e in ogni caso nel rispetto della sicurezza e incolumità dell'intero equipaggio e della circolazione stradale (pedoni, ciclisti, automobilisti ...) tenendo in considerazione le condizioni meteo, orografiche e del traffico stradale.

- Mantiene le comunicazioni radiotelefoniche con la C.O. 118, su delega del personale sanitario.

- Partecipa alla valutazione del luogo dell'intervento, con conseguente messa in sicurezza dello scenario e delle figure presenti nel teatro delle operazioni.

- Usa l'attrezzatura tecnica in dotazione ed i D.P.I.

- Partecipa, su indicazione del responsabile del soccorso, alle seguenti attività:

- rianimazione cardio-polmonare di base (BLS)

- stabilizzazione, immobilizzazione e trasporto del paziente.

- Comunica alla C.O. 118, la partenza, arrivo sul posto, partenza dal posto, fine servizio e rientro in sede .

- Collabora al trasporto del paziente nei locali di accettazione ospedaliera.

- A fine intervento, in collaborazione con il personale in-

fermieristico ripristina:

- la pulizia interna e disinfezione del mezzo;
- pulizia, disinfezione, ripristino del materiale e dei presidi di immobilizzazione utilizzati;
- funzionalità completa del mezzo.
 - Collabora alla compilazione della scheda di soccorso per i dati di sua competenza.

1.2. Responsabilità civile e penale.

Nel quadro normativo delineato dal DPR 27 marzo 1992 e dalla legge-quadro 11 agosto 1991 n. 266/91, oltre che dalle ulteriori fonti costituite da normative regionali, l'attività professionale prestata nell'ambito del soccorso pubblico si colloca all'interno di un sistema, il sistema dell'emergenza organizzato sulla base territoriale dei singoli sistemi 118.

Al sistema dell'emergenza territoriale, si associa il sistema di risposta alla **grande emergenza, regolato dal DPCM 13 febbraio 2001.**

Nel sistema rientrano più momenti e più soggetti: ad ogni fatto potenzialmente lesivo con il quale si viene a contatto corrisponderà una prima risposta sul territorio, in collegamento con la Centrale 118 che regola la gestione delle risorse del soccorso.

Il primo fondamentale fattore di riduzione del rischio per fare in modo che **l'attività lavorativa sia corretta, utile e garantita** riguarda l'osservanza delle **indicazioni e dei protocolli AZIENDALI e della C.O. 118.**

Già in fase di prima risposta l'autista soccorritore dovrà relazionarsi con i cittadini, con eventuali altri operatori presenti sul posto e con la Centrale 118; in seguito, lo sviluppo

dell'attività di soccorso lo porterà a contatto con un presidio ospedaliero e con la componente sanitaria del soccorso.

La comunicazione con la Centrale 118 è di fondamentale utilità, sia perché istituzionalmente prevista per la determinazione di modalità di condotta anche in casi critici, sia perché tutte le conversazioni sono registrate e costituiscono documenti utilizzabili per determinare anche a posteriori la correttezza delle azioni compiute.

Il nostro ordinamento giuridico contempla diverse forme di responsabilità

1. La responsabilità penale:

deriva dalla violazione delle norme sanzionatorie contenute nel codice penale e in leggi penali speciali: sono considerati reati i fatti più gravi e lesivi di beni e valori tutelati dall'ordinamento; la responsabilità penale è strettamente personale e si accerta con un processo penale; il processo penale nasce con una notizia di reato che perviene al Pubblico Ministero, magistrato della Procura della Repubblica, da forze di polizia, pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio o anche come querela o denuncia di semplici cittadini; il P.M. ne vaglia la fondatezza mediante indagini, al cui esito può chiedere l'archiviazione del caso o formulare un'accusa davanti a un Giudice Penale.

2. La responsabilità civile:

deriva dalla contrapposizione fra due soggetti; si accerta con un processo che nasce da una domanda rivolta al Giudice Civile in base ad un atto introduttivo del giudizio; la decisione del Giudice, fondata sulle prove addotte dalle parti, regola il rapporto tra i due soggetti ovvero produce obbligo di risarcire il danno; è

tipica della responsabilità civile a differenza di quella penale la possibilità di trasferimento dell'obbligo del risarcimento su un altro soggetto.

Le due forme di responsabilità e di giudizio di cui s'è detto si collocano all'interno dell'ordinamento giudiziario statale: non va tuttavia dimenticata la cosiddetta **responsabilità amministrativa** nei confronti della propria struttura di lavoro, la **responsabilità deontologica** che deriva dalla violazione dei doveri morali di un incaricato di pubblico servizio e/o di un operatore sanitario quale è l'autista soccorritore professionale.

La responsabilità penale e quella civile possono attivarsi, nel campo dell'attività di soccorritore, sulla base di criteri comuni, per quanto riguarda la cosiddetta responsabilità per colpa, (condotte determinate da negligenza, il mancato adeguamento del proprio comportamento a ciò che rende il tipo di azione compiuta non nocivo per altri) **imprudenza** (violazione di regole non formalizzate che sconsigliano di compiere certe azioni o di compierle in un certo modo) **imperizia** (insufficiente conoscenza delle regole tecniche di competenza e abilità vevoli per determinate attività), oppure per **violazione di leggi, regolamenti** (fonti giuridiche pubbliche formalizzate) **ordini e discipline** (fonti private formalizzate che regolano i comportamenti da tenere).

Sono come detto criteri che valgono sia per la responsabilità penale che per la responsabilità civile, e che devono indurre i soccorritori a svolgere solo le attività in cui sono in grado di agire con competenza ed efficacia.

L'autista soccorritore è un incaricato di pubblico servizio. Ai sensi dell'art. 358 del Codice Penale, gli incaricati di pubblico servizio sono coloro i quali a qualunque titolo

prestano un pubblico servizio cioè un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima.

Gli effetti della qualifica di incaricati di pubblico servizio riguardano la possibilità di commettere taluni delitti contro la pubblica amministrazione; **di veder applicare per tutti i reati le aggravanti di cui all'art. 61 nn. 9 e 10 c.pen.** (è aggravato il reato commesso dall' **i.p.s.** – Incaricato di Pubblico Servizio - con abuso dei suoi poteri o violazione dei suoi doveri; è aggravato il reato commesso in danno dell' **i.p.s.** nell'atto o a causa del suo servizio) e l'obbligo di denuncia di reato (dover cioè segnalare i reati perseguibili d'ufficio in cui ci si imbatte nell'esercizio della propria attività).

I confini delle responsabilità che gravano sui soccorritori sono determinati dall'assunzione e dal trasferimento della cosiddetta posizione di garanzia.

Chi interviene a favore di una persona in quel momento priva per malattia o infortunio della capacità di provvedere a se stessa, si fa garante dei suoi beni primari (vita e integrità fisica):

l'assunzione di tale posizione ne determina la necessaria continuità: non si può cioè abbandonare la posizione di garanzia, se non con la conseguenza di rispondere di ciò che di dannoso in conseguenza di quell'abbandono dovesse capitare alla persona soccorsa. La posizione si può invece trasferire, facendo intervenire altro - qualificato – soggetto, ma il trasferimento dovrà essere effettivo, e si dovrà essere certi dell'assunzione in carico. E' la situazione che tipicamente si determina con la consegna del paziente al personale sanitario del Pronto Soccorso.

L'autista-soccorritore ed il soccorritore non possono giu-

dicare la gravità della patologia del paziente, né formulare diagnosi, né diagnosticare la morte, tutti compiti esclusivi del medico. Fanno eccezione i casi di evidenza come:

- l'avanzato stato di decomposizione
- la decapitazione
- la carbonizzazione
- il depezzamento.

Alcune ipotesi di reato possono più facilmente rientrare nell'orizzonte dell'attività professionale: così del peculato (art. 314 c.pen.) consistente nell'appropriarsi di denaro o di altro bene mobile di cui si abbia il possesso o comunque la disponibilità per ragione del proprio servizio; **della rivelazione o utilizzazione di segreti d'ufficio** (art. 326 c.pen.) che può conseguire alla semplice **violazione di doveri**, oppure all' **abuso della propria qualità**, o ancora, in forma aggravata, per procurarsi un profitto.

Ed ancora: spesso l'attenzione è posta sui limiti delle attività del soccorritore non sanitario, rispetto all'esercizio delle professioni sanitarie (medica e infermieristica): si parla, in caso di superamento di tali limiti, di **esercizio abusivo di professione sanitaria** (art. 348 c.pen.); ben più gravi, in quanto derivanti non dal semplice porre in essere manovre vietate, ma dalle conseguenze dannose che si possono provocare alle persone soccorse con manovre inappropriate, le ipotesi di **omicidio colposo** (art. 589 c.pen.) e **lesioni personali** colpose (art. 590 c.pen.).

In sintesi si può dire che le **manovre non invasive tipiche che il soccorritore** può metter in atto utilmente e che non costituiscono attività sanitaria né integrano lesioni personali (scriminate e quindi lecite solo se provenienti dall'esercizio dell'attività sanitaria da parte di soggetti professionali) sono:

- rilevare e comunicare i parametri vitali e le alterazioni organiche evidenti;
- eseguire manovre rianimatorie di base per le quali si è stati addestrati;
- defibrillazione se addestrati ed autorizzati;
- immobilizzare e tutelare fratture;
- praticare un'emostasi;
- proteggere e medicare temporaneamente ferite;
- trasportare un malato/ferito in base alla patologia presunta comunicata;
- sottrarre un malato/ferito da imminenti situazioni di pericolo;
- tutelare la riservatezza del malato/ferito.

Poiché nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (art. 32 della Costituzione), la persona capace di intendere e di volere può rifiutare di essere soccorsa; è buona regola che la volontà di non farsi curare sia documentata; il consenso può essere presunto (ed è questa la situazione tipica dell'intervento su persona al momento priva di coscienza).

La legge prevede casi particolari nei quali si può prescindere dalla necessità del consenso (anche se costituisce dovere deontologico sia dei sanitari che dei soccorritori ricercarlo comunque).

Possono essere soggette a **trattamento sanitario obbligatorio** (T.S.O.), oltre alle malattie infettive e contagiose, le malattie mentali che determinano condizioni tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, quando gli stessi non vengono accettati dal malato e non è possibile adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

In questi casi se il soggetto non accetta volontariamente

le cure, esse sono disposte con provvedimento del Sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su richiesta di un medico (qualsiasi) e convalida da parte di un altro medico (appartenente al servizio sanitario pubblico); l'ordinanza del Sindaco deve essere sottoposta al Giudice Tutelare che valuta nel merito la fondatezza della decisione. Proprio in funzione della sua qualificazione, il soccorritore professionale deve essere pronto ad affrontare situazioni particolari, in cui si rende necessaria la sua collaborazione attiva anche per vicende extrasanitarie.

Il soccorritore deve concorrere a tutelare attivamente la riservatezza della persona assistita; egli quindi, oltre a non fornire a terzi informazioni sui cosiddetti "dati sensibili" la cui rivelazione è sanzionata dall'art. 22 della legge 195/2003 sulla tutela della riservatezza (in particolare: "i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute") **dovrà porre al riparo la persona soccorsa dalla curiosità degli astanti.**

L'autista soccorritore deve sapersi gestire anche su scenari di reato, tenendo presenti, insieme alle esigenze del soccorso, le necessità di autoprotezione e non inquinamento della scena.

I suoi **doveri di denuncia** lo porteranno a rivolgere particolare cura alla documentazione e comunicazione alle strutture direttive delle situazioni che possono configurare ipotesi di reato perseguibile d'ufficio: incidenti stradali mortali, incidenti sul lavoro, delitti gravi contro la persona, violenze sessuali o intrafamiliari. La circolazione alla **guida di autoambulanze, automediche** è regolata dall'art. 177 del Codice della Strada.

I dispositivi sonori e visivi vanno utilizzati congiuntamente e solo per l'espletamento dei servizi urgenti di isti-

tuto in questo caso i conducenti sono esentati dal rispetto degli obblighi, divieti e limitazioni della comune circolazione stradale e hanno il diritto di farsi cedere il passo dagli altri veicoli; devono però comunque adeguarsi alle segnalazioni degli agenti del traffico e rispettare le regole di comune diligenza e prudenza. L'uso improprio dei dispositivi è sanzionato in via amministrativa.

2. DISCIPLINA E USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Per *dispositivo di protezione individuale* (DPI) si intende qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore, allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo.

2.1. Dispositivi di protezione individuale.

La SEUS SCpA ha predisposto sulla base dell'analisi dei rischi elaborata dal S.P.P. una procedura che descrive tutti i DPI in dotazione al lavoratore per la sicurezza e l'igiene sul luogo di lavoro.

La procedura DPI, allegato n. 2 al Piano della Sicurezza, descrive le caratteristiche dei diversi DPI e la procedura da attuare per la sostituzione degli stessi.

Di seguito si descrivono i Dispositivi di protezione individuale (D.P.I.) suddivisi a seconda delle indicazioni di rischio.

1. Protezione delle mani:



fig. 1 - Guanti

Dispositivo medico non invasivo di Classe I ai sensi della Direttiva CEE 93/42 conforme a norme UNI EN 374 - 2 e 3 (Penetrazione e Permeazione ad agenti chimici e microorganismi).

fig. 2 - Guanti EN388

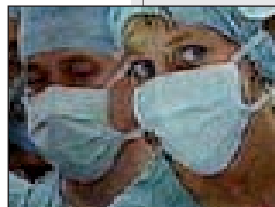
I Guanti EN 388 realizzati al 100% in puro polimero di sintesi ACN – DB con peso del guanto in misura Media riferito a 9 gr. per ogni singola unità, superficie microtesturizzata, lunghezza mm 250.

Questi nuovi guanti offrono protezione sia contro tagli sia contro punture di siringhe. Offrono il massimo della protezione senza sacrificare flessibilità, sensibilità o comfort. Proteggono da malattie infettive quali HIV ed epatite C, che possono essere trasmesse accidentalmente attraverso la puntura di aghi.

2. Protezione del corpo:

- ❖ divisa (pantaloni, giubbotto, copricapo, impermeabile, sufficientemente resistente alle sollecitazioni meccaniche e agli agenti chimico fisici)
- ❖ calzature antinfortunistica

3. Protezione delle vie respiratorie:

Fig. 3 mascherina facciale monouso

4. Protezione in condizioni speciali: (es. SARS, ANTRACE)

- ❖ tuta integrale monouso, classificata quale D.P.I. di terza categoria per la protezione da microrganismi (oppure soprascarpe, indumenti impermeabili, cuffia rispondenti alle specifiche UNI EN 368 e 369, da indossare sopra la divisa monouso)



fig. 4

- ❖ occhiali di protezione UNI EN 166

5. Altri Dispositivi di Protezione Individuale

- ❖ filtrante facciale monouso, conforme ai requisiti della norma tecnica EN 194 classificato quale D.P.I. di terza categoria:

- FFP2 con o senza valvola di espirazione - garantisce il requisito di protezione OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

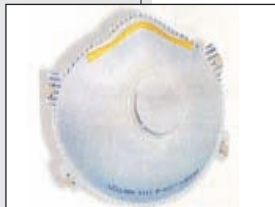


fig. 5 FFP2 con valvola di espirazione.

Dopo il contatto , togliere i D.P.I. nell'ordine:

- 1. primo paio di guanti
- 2. indumenti monouso
- 3. facciale filtrante e occhiali di protezione
- 4. Secondo paio di guanti
- 5. Riporli nel sacchetto (da smaltire come rifiuto sanitario a rischio infettivo D. Lgs. 22/97)
- 6. lavare accuratamente le mani

2.2 RIFIUTI SANITARI A RISCHIO INFETTIVO

Tutto il materiale che viene a contatto con i liquidi biologici del paziente deve essere raccolto in un sacchetto di plastica che, chiuso ermeticamente, deve essere smaltito come rifiuto sanitario a rischio infettivo (D. Lgs. 22/97), secondo le convenzioni esistenti con le Aziende Sanitarie Provinciali o nei jolly-pack in Pronto Soccorso e mai smaltiti come rifiuti ordinari.

Si riportano di seguito le foto dei possibili contenitori da utilizzare per lo smaltimento dei rifiuti speciali.

N.B. I rifiuti speciali non possono per alcun motivo essere accumulati in postazione

fig. 6 esempio di contenitore specifico per rifiuti sanitari acuminati e taglienti a rischio infettivo.





fig. 7 e fig. 8 esempi di contenitore generale per rifiuti sanitari a rischio infettivo.



2.3. Utilizzo dei D.P.I.

Per la descrizione di tutti i DPI forniti dal datore di lavoro si rimanda alla procedura D.P.I. all. 2 al Piano Sicurezza.

I lavoratori provvedono allo smaltimento dei DPI monouso depositandoli negli appositi contenitori che, una volta sigillati, devono essere smaltiti secondo le convenzioni esistenti con le varie strutture ospedaliere o nei Jolly-pack in Pronto Soccorso e mai smaltiti come rifiuti ordinari. Inoltre, è compito degli autisti soccorritori segnalare immediatamente al preposto, attraverso le specifiche procedure aziendali, l'imminente esaurimento delle scorte.

In caso di usura dei DPI consegnati personalmente al lavoratore, è compito dell'autista soccorritore richiederne la sostituzione come previsto dalla procedura aziendale.

Di conseguenza, in caso di riscontro di effettiva esigenza di sostituzione da parte dell'ASPP, il DPI dovrà essere ritirato dal dipendente presso le sedi provinciali dell'azienda, entro 10 gg. dalla comunicazione di disponibilità; all'atto della sostituzione il DPI vecchio ed usurato verrà ritirato.

Qualora il dipendente non sia in grado di riconsegnare il vecchio DPI usurato, gli verrà addebitato in busta paga l'intero costo dello stesso.

3. OPERARE IN SICUREZZA DURANTE IL SOCCORSO

3.1. Definizione di sicurezza

La sicurezza può essere definita come la "conoscenza che l'evoluzione di un sistema non produrrà stati indesiderati".

La sicurezza totale, che si ha in assenza di pericoli, in senso assoluto, è un concetto difficilmente traducibile nella vita reale, anche se l'applicazione delle norme di sicurezza rende più difficile il verificarsi di eventi dannosi e di incidenti e si traduce sempre in una migliore qualità della vita.

La sicurezza sul luogo di lavoro consiste in tutte quelle misure di prevenzione e protezione (tecniche, organizzative e procedurali) che devono essere adottate dal datore di lavoro, dai suoi collaboratori e dai lavoratori stessi. Le misure di tutela della sicurezza dei lavoratori hanno il fine di ridurre la possibilità di infortuni ai dipendenti dell'azienda. Ulteriori misure di igiene e tutela della salute devono essere adottate al fine di proteggere il lavoratore da possibili danni alla salute come ad esempio malattie professionali.

3.2. Procedura di sicurezza del target "P8P"

Per assicurare al cittadino un servizio di emergenza dal livello qualitativo sempre più elevato è importante utilizzare un metodo di progettazione e gestione dell'intervento. L'uso di un metodo standardizzato ed esplicito per progettare e gestire gli interventi, garantisce qualità nel soccorso, soddisfazione del cittadino e sicurezza per i soccorritori.

La presente procedura è nata dalla filosofia della metodologia "P8P" (processo ad 8 passi), già nota al Corpo Nazionale dei Vigili del fuoco nelle applicazioni NBCR (nucleare, biologico, chimico, radiologico).

Il "P8P", così generalizzato, diventa uno strumento semplice per gestire qualsiasi tipo di intervento di soccorso, non più limitato agli scenari NBCR, e garantisce un elevato livello di sicurezza per gli operatori delle squadre di soccorso.

Il "P8P" è cosa ben diversa dalle P.O.S. (procedure operative standard): ogni P.O.S. si riferisce ad un solo scenario specifico e indica concretamente come operare. Al contrario, il "P8P" è uno strumento metodologico di validità generale che può essere applicato a qualsiasi scenario incidentale.

"P8P": il processo ad 8 passi generalizzato

Il "P8P" prevede 8 passi da eseguire sempre ed in tutti gli interventi. L'ordine dei passi non è strettamente cronologico: la pianificazione e gestione dell'intervento è ciclica e continua. I passi possono essere eseguiti nuovamente ogni volta che lo scenario evolve.

- **Controllo e gestione del sito**

Il primo passo di ogni soccorso consiste nel limitare il coinvolgimento di ulteriori persone nello scenario incidentale. La squadra che giunge sul luogo installa il cantiere di soccorso: evacua le persone non coinvolte dall'evento, chiude l'accesso dall'esterno al cantiere di soccorso e lo delimita, con la collaborazione delle forze dell'ordine. Poi si effettua la zonizzazione, cioè si divide il cantiere di soccorso in tre zone concentriche:

- 1) zona rossa

area pericolosa per i soccorritori, che contiene l'evento incidentale e i suoi effetti

- 2) zona arancione
area cuscinetto tra la zona pericolosa e la successiva area di sicurezza
- 3) zona gialla
area sicura che ospita le squadre di soccorso ed include il P.C.A., posto di comando avanzato.

- **Identificazione dello scenario incidentale**

L'obiettivo di questo passo è capire qual è lo scopo dell'intervento e descriverne lo scenario.

I soccorritori raccolgono le informazioni necessarie osservando lo scenario con i cinque sensi, ascoltando le testimonianze dei presenti, consultando documenti, schede di sicurezza, effettuando misure.

- **Analisi dei pericoli e del rischio**

L'obiettivo di questo passo della procedura è individuare e classificare i pericoli presenti sullo scenario, grazie alla valutazione dei rischi.

Ogni pericolo possiede due proprietà numeriche:

p probabilità di accadimento (quante volte l'evento accade?)

m magnitudo del danno (quanto danno fa l'evento?)

Per classificare i pericoli in ordine di importanza, occorre un'altra grandezza numerica:

$$\text{Rischio} = p \times m$$

Il rischio è un numero che esprime l'importanza relativa

di ogni determinato pericolo a cui è associato.

La progettazione e la gestione dell'intervento è realizzata dal R.O.S. (il Responsabile delle Operazioni di Soccorso), chiamato anche I.C. (Incident Commander), ruolo ricoperto dal soccorritore più alto in grado presente sul posto (Preposto ai sensi del D. Lgs. 81/2008).

Negli interventi condotti da un solo equipaggio il soccorritore non autista assume il ruolo del R.O.S.

Non può mai accadere che esistano due R.O.S. nel medesimo intervento: la pianificazione ed il comando devono essere sempre unici. Se la complessità lo impone, può essere prevista una struttura organizzativa più ramificata, con responsabili di settore, come previsto ad esempio dalle tecniche I.C.S. (Incident Command System). In questi casi, i vari responsabili di settore faranno comunque capo ad un unico responsabile; in tal caso la figura del R.O.S. è assunta dal medico in equipaggio alla C.M.R..

Si evidenzia che in attività congiunta con i VV.FF. la figura del R.O.S. è assunta dal capo squadra dei VV.FF..

Il R.O.S. esercita il comando dell'intervento, avvalendosi con intelligenza delle capacità di tutti gli operatori, e delega agli specialisti ed ai qualificati le scelte operative specifiche, però rimane responsabile, anche giuridicamente, della gestione generale dell'intervento e del raggiungimento del risultato finale.

Il R.O.S. esegue la valutazione del rischio dell'intervento per fasi successive:

- 1) identificazione dei pericoli - il R.O.S. elenca tutti i potenziali pericoli presenti sullo scenario e prevede come possano evolvere nel tempo;
- 2) valutazione della probabilità di accadimento e della magnitudo di ciascun pericolo - si stima quale sia la pro-

babilità che tali pericoli si verifichino realmente e si valutano i possibili danni conseguenti per gli operatori;

3) classificazione dei rischi - si classificano i potenziali pericoli in ordine di importanza, grazie alla valutazione dei rischi. La valutazione del rischio è aggiornata ad ogni variazione di scenario.

- **Valutazione delle procedure operative e delle misure protettive**

Nel quarto passo, il rischio per ciascun evento pericoloso viene confrontato con quella che si ritiene essere la soglia di accettabilità del rischio per l'operatore.

Soglia di accettabilità del rischio: *livello di rischio massimo che sia considerato accettabile far correre agli operatori.*

Per ciascuno degli eventi rischiosi che superano la soglia di accettabilità, il R.O.S. valuta la possibilità di prevenire il rischio, per ridurre il rischio ad accettabile.

La riduzione del rischio ad accettabile si effettua creando o scegliendo la procedura operativa più opportuna, anche tra quelle già standardizzate come le Procedure Operative Standard (P.O.S.).

Nella realtà non esiste mai una procedura operativa che consenta di ridurre tutti i rischi ad accettabili. Si dice allora che lo scenario presenta del rischio residuo, ancora superiore alla soglia di accettabilità, e dunque non accettabile.

Quindi gli operatori devono essere protetti dal rischio residuo per mezzo di:

1) *protezione collettiva* - sono tutte le misure adottate per proteggere più persone, come ad esempio il puntellamento di una abitazione dissestata o il mantenimento di opportune distanze dall'evento.

2) *protezione individuale* - consiste invece nell'uso di DPI, dispositivi di protezione individuale, come ad esempio il completo antifiamma e l'elmo.

La protezione collettiva è sempre migliore della protezione individuale. Ad esempio, l'elmo non può proteggere l'operatore dal crollo di un solaio, il puntellamento invece impedisce completamente tale crollo. La protezione individuale è dunque solo la terza ed ultima scelta operativa.

- **Coordinamento delle informazioni e delle risorse**

Questo punto evidenzia l'importanza di un sistema di comunicazione efficiente tra le squadre e verso l'esterno del cantiere di soccorso.

- **Realizzazione operativa dell'intervento**

Terminata la pianificazione, si passa alla realizzazione dell'intervento operativo secondo quanto progettato.

In genere gli interventi si realizzano in tre momenti consecutivi:

1) *controllo* - la squadra di intervento assume il controllo dell'evento, acquisendo la capacità di regolarne gli effetti;

2) *confinamento* - la squadra delimita l'evento evitando che possa interessare nuove aree;

3) *risoluzione (o contenimento)* - l'evento pericoloso viene eliminato o messo in condizione di non nuocere ulteriormente.

- **Ripristino**

Il ripristino è il processo per riportare il personale, le attrezzature, i mezzi e l'ambiente alle condizioni di normalità.

Nel linguaggio dei documenti NBCR, questo passo è chiamato decontaminazione e bonifica.

- **Chiusura dell'intervento**

L'intervento si chiude dopo aver completato gli adempi-

menti formali, come la relazione d'intervento e le comunicazioni ad altri enti. Gli operatori si riuniscono ed eseguono la revisione critica (debriefing) della procedura di intervento impiegata:

- Perché certe scelte?
- La valutazione dei rischi si è rivelata corretta?
- Sono stati sottovalutati dei rischi?
- E' stata tutelata la sicurezza degli operatori?
- Si sarebbe potuto fare meglio?

Il debriefing è la migliore occasione per esprimere soddisfazione sul risultato ed apprezzare l'opera dei soccorritori. La qualità del servizio di soccorso può essere valutata secondo tre punti di vista:

Efficacia: quanto le squadre riescono a risolvere il problema per cui sono state chiamate e soddisfano il cittadino utente;

Appropriatezza: quanto le squadre operano secondo le migliori e più aggiornate procedure disponibili e soddisfano il cittadino utente;

Efficienza: quanto si usano senza spreco, le risorse a disposizione, cioè personale e mezzi. Poiché la risorsa più importante del soccorso sono i soccorritori, allora soccorrere in modo efficiente significa prima di tutto lavorare in sicurezza.

MODALITA' OPERATIVE (SCHEMA) CONTROLLO E GESTIONE DEL SITO

- evacuazione
- isolamento
- zonizzazione: zona rossa, arancione, gialla
- controllo accessi ed uscita dalla zona rossa
- posizionamento dei mezzi in zona gialla

IDENTIFICAZIONE DELLO SCENARIO INCIDENTALE

- raccolta delle informazioni

ANALISI DEI PERICOLI E DEL RISCHIO

- identificazione dei pericoli
- per ciascun pericolo:
 magnitudo del danno
 probabilità di accadimento
- classificazione dei rischi:

rischio = magnitudo x probabilità

VALUTAZIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE E DELLE MISURE PROTETTIVE

- soglia di accettabilità del rischio
- prevenzione del rischio sopra soglia di accettabilità:
 scelta della procedura operativa (P.O., P.O.S.)
 riduzione del rischio ad accettabile
- protezione del rischio residuo:
 protezione collettiva
 DPI

COORDINAMENTO DELLE INFORMAZIONI E DELLE RISORSE REALIZZAZIONE OPERATIVA DELL'INTERVENTO

- controllo
- confinamento
- risoluzione

RIPRISTINO

- personale:
decontaminazione
riposo
- equipaggiamento, mezzi:
bonifica
manutenzione
- ambiente:
bonifica
polizia giudiziaria

CHIUSURA DELL'INTERVENTO

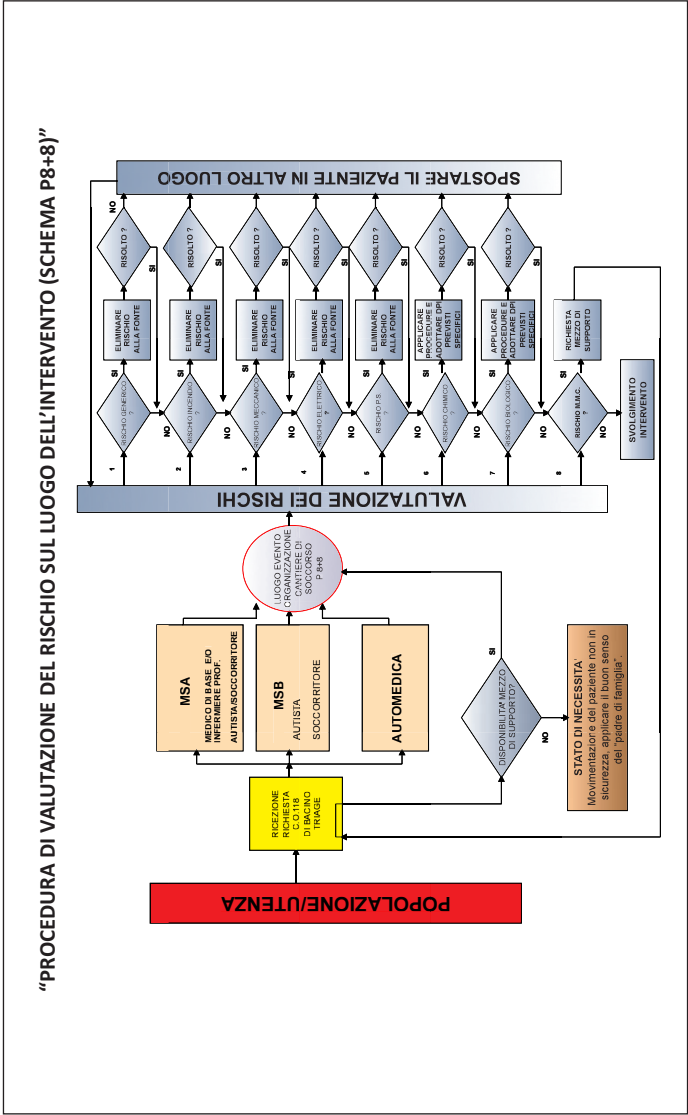
- relazione d'intervento
- comunicazione ad enti
- debriefing

3.3. Processo logico-temporale che sottende alle varie fasi del Servizio S.U.E.S. 118

Qualsiasi servizio di emergenza urgenza può essere suddiviso nelle sottoindicate fasi:

- 1. RICHIESTA DI SOCCORSO:** il cittadino-utente, attraverso il numero unico nazionale 118, invia richiesta di soccorso alla Centrale Operativa di competenza.
- 2. RICEZIONE RICHIESTA:** la Centrale Operativa di com-

“PROCEDURA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUL LUOGO DELL’INTERVENTO (SCHEMA P8+8)”



petenza, raccolte le informazioni necessarie, effettua un primissimo Triage e, sulla base delle risorse in campo, stabilisce l'invio del mezzo di soccorso più adeguato al caso specifico. Il Preposto di tale fase è il Dirigente Medico di Centrale di turno al momento della chiamata, il quale decide di inviare:

Automedica: con Medico di Emergenza Territoriale 118 o Anestesista-Rianimatore, Infermiere Professionale, Autista-Soccorritore (3 membri di equipaggio);

M.S.A.: (mezzo di soccorso avanzato) con Medico di guardia medica e/o Infermiere Professionale, Autista Soccorritore (3/4 membri di equipaggio);

M.S.B.: (mezzo di soccorso di base) con Autista Soccorritore (2 membri di equipaggio).

In base al tipo di equipaggio inviato dalla Centrale Operativa, la figura del Preposto sarà rivestita da soggetti differenti. In caso di Automedica il preposto sarà il Medico Anestesista-Rianimatore. In caso di M.S.A. il ruolo di preposto sarà rivestito dal Medico di guardia medica o dall'Infermiere Professionale. Infine, in caso di M.S.B., il preposto alle operazioni di soccorso sarà il Soccorritore.

3. INVIO DEL MEZZO PIU' ADEGUATO E ARRIVO SUL TARGET.

L'equipaggio inviato, giunto sul luogo dell'evento, si occupa di organizzare prima di tutto il "cantier di soccorso" attraverso la procedura P8 +8, utilizzata per la valutazione dei diversi rischi in campo.

4. VALUTAZIONE DEI RISCHI.

Nello specifico, si dovrà valutare se la scena presenta i seguenti rischi specifici:

- Rischio Generico;
- Rischio Incendio;
- Rischio Meccanico;
- Rischio Elettrico;
- Rischio di Pubblica Sicurezza;
- Rischio Chimico;
- Rischio Biologico;
- Rischio di Movimentazione Manuale dei Carichi.

5. EVENTUALE PRESENZA DEL RISCHIO DI MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI.

Valutati nell'ordine i vari rischi specifici, attraverso l'analisi dello scenario delle operazioni di soccorso, si considera in ultimo il rischio da Movimentazione Manuale dei Carichi. Infatti, le operazioni di soccorso impongono movimentazione di pazienti il cui peso va ben oltre i limiti fissati dalle vigenti normative (Kg 25). Agli Autisti / Soccorritori è stata, però, correttamente impartita la formazione e l'informazione sulla necessità di non correre rischi inutili; quindi, se non ricorre l'ipotesi di una classificazione d'intervento "3" (paziente con parametri vitali compromessi), è obbligatorio chiamare la Centrale Operativa e chiedere l'invio di un ulteriore equipaggio di supporto. Il Dirigente Medico di Centrale di turno al momento della chiamata, in qualità di preposto, assumerà la decisione del caso.

6. EVENTUALE INVIO DI UN ULTERIORE EQUIPAGGIO DI SUPPORTO DA PARTE DELLA CENTRALE OPERATIVA.

Interessata la Centrale Operativa della problematica, si possono configurare almeno due diversi scenari:

1. la centrale Operativa, sulla base delle risorse in campo

e di cui dispone, può decidere di inviare un ulteriore mezzo e il relativo equipaggio a supporto del soccorso, evitando così il concretizzarsi del rischio da movimentazione manuale dei carichi.

2.la Centrale Operativa, sulla base delle risorse in campo e di cui dispone, non è in grado di inviare sul luogo dell'evento un ulteriore equipaggio. In questo caso, se il trasporto del paziente è improcrastinabile, si profila per l'equipaggio coinvolto l'ipotesi di un vero e proprio "stato di necessità".

Nel caso dello scenario n° 2, bisogna valutare, qualora possibile, anche l'ipotesi di un supporto da parte di altri soggetti qualificati intervenuti sul luogo dell'evento (essenzialmente uomini e mezzi del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco).

CONCLUSIONI.

Da quanto si evince dalla presente relazione sul processo logico-temporale che sottende alle varie fasi del Servizio S.U.E.S. 118, risulta chiaro che il ruolo del preposto, a seconda del tipo di ambulanza impiegata, è rivestito da soggetti diversi con datori di lavoro diversi.

4. RISCHI CONNESSI ALL'ATTIVITA' DI EMERGENZA URGENZA

4.1 IL Sistema di gestione degli infortuni sul lavoro.

I datori di lavoro sono obbligati ad assicurare contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali tutti i lavoratori dipendenti che si vengono a trovare nelle condizioni previste all'art. 1 del D.P.R. 1124/65. Con il D. lgs. 23 febbraio 2000, n. 38 l'obbligo è stato esteso ai collaboratori coordinati e continuativi, ai dirigenti e agli sportivi professionisti. Inoltre con la circolare n. 22 del 18 marzo 2004 l'Inail si pronuncia per la prima volta sulle nuove tipologie contrattuali a progetto e occasionali introdotte dalla Legge Biagi confermando l'obbligo assicurativo per tutti i soggetti la cui prestazione sia riconducibile nell'alveo delle collaborazioni, con o senza l'individuazione di uno specifico progetto.

L'assicurazione è affidata all'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro).

L'assicurazione ha lo scopo di garantire ai lavoratori dipendenti, in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, la necessaria tutela fisica, giuridica, sanitaria ed economica.

Prima di descrivere la procedura aziendale occorre dare alcune definizioni utili:

- **Infortunio:** è l'evento occorso al lavoratore per causa violenta in occasione di lavoro e da cui sia derivata la morte o l'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni (art. 2, D.P.R. 1124/65). Infortunio è considerato tale, e quindi indennizzabile, anche quando a determinare l'evento lesivo

abbiano concorso, insieme alla causa violenta, preesistenti condizioni patologiche del lavoratore (Cass. n. 11559 del 06.11.1995).

- **causa violenta:** la causa violenta consiste in un fattore che opera dall'esterno, con azione intensa e concentrata nel tempo (Cassazione n. 221 del 14.01.1987). Ogni «aggressione», quindi, che dall'esterno danneggia l'integrità psico-fisica del lavoratore può essere ritenuta causa violenta dell'infortunio assicurato. Può essere tale anche un'azione dovuta a microrganismi (come l'infezione virale contratta in ospedale), oppure uno sforzo che provoca uno strappo muscolare, un evento che provoca un trauma psichico etc.

- **occasione di lavoro:** devono intendersi tutte le condizioni, comprese quelle ambientali, in cui l'attività produttiva si svolge e nella quale è imminente il rischio di danno del lavoratore, sia che tale danno provenga dallo stesso apparato produttivo, sia che dipenda da fattori e situazioni proprie del lavoratore, e così qualsiasi situazione ricollegabile allo svolgimento dell'attività lavorativa in modo diretto o indiretto (Cass. n. 5019 del 21.05.1994; n. 925 del 15.02.1986). Vi rientra anche il cosiddetto rischio improprio ossia quella prestazione non inerente all'attività tipica della specifica mansione (Cass. n. 4646 del 07.05.1998 -Tribunale di Milano, 15.12.1999).

- **Infortunio in itinere** è quello che si verifica al lavoratore mentre percorre il tragitto che porta dalla casa al lavoro e viceversa. L'infortunio è indennizzabile solo se è avvenuto durante il normale tragitto:

- di andata e ritorno fra l'abitazione e il luogo di lavoro;
- tra due posti di lavoro, se il lavoratore presta più di un'attività dipendente;

- tra la sede di lavoro e il luogo di consumazione dei pasti, nel caso in cui non vi sia la mensa.

Sono escluse le deviazioni non necessitate; per “necessitate” s’intendono le deviazioni dovute a cause di forza maggiore, quelle dettate da esigenze essenziali ed improrogabili e quelle legate all’adempimento di obblighi penalmente rilevanti.

Dopo avere definito i termini rilevanti si sottolineano di seguito i compiti e le responsabilità del lavoratore nella procedura aziendale di infortunio. Per il dettaglio degli uffici coinvolti nell’indagine di infortunio si consiglia la consultazione della procedura allegata al Piano della Sicurezza.

La procedura in atto segue il seguente iter:

Il lavoratore che subisce un infortunio di lavoro deve:

- ❖ avvisare immediatamente il CRP (Centro Regionale di Produzione) tramite telefonino in dotazione alla postazione;
- ❖ inoltrare all’U.P.P. la documentazione necessaria per l’apertura della pratica di infortunio all’INAIL, entro i termini previsti dalla procedura di gestione del personale
- ❖ collaborare all’indagine post - infortunio dell’ASPP cercando di fornire tutte le informazioni utili all’analisi delle cause d’infortunio
- ❖ in caso di infortunio per puntura d’ago il dipendente dovrà sottoporsi ai prelievi previsti per la profilassi come definito nella procedura per rischio biologico, allegato 2 al Piano Sicurezza.

4.2. IL COMPORTAMENTO DEL SOCCORRITORE DI AMBULANZA NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE AGGRESSIVO

L’aggressività è un comportamento innato e comune a

tutti gli individui, volto a manifestare un comportamento finalizzato a combattere qualsiasi fenomeno minacci l'integrità dell'organismo e la soddisfazione dei suoi bisogni. Può essere generata da situazioni di tensione, in cui l'angoscia si manifesta nella sfera psicomotoria con iperattività e turbamento. Vi possono essere forme gravi di agitazione psicomotoria in cui si è addirittura incapaci di rimanere seduti, si continua a camminare, si torcono le mani, si iniziano a fare cose senza terminarle.

L'agitazione psicomotoria è un sintomo comune a numerose patologie di seguito descritte:

❖ **Patologie psichiatriche:**

Psicosi - Gruppo specifico di disturbi psichiatrici, usato per differenziarli dalle nevrosi, dalle sociopatie, dai disturbi del carattere. (schizofrenia, depressione reattiva, psicosi maniaco-depressiva, melanconia involutiva, stati paranoici). I disturbi sono molto gravi ed intensi, tendono a disgregare l'intera vita del paziente, che perde la capacità di continuare ad interagire con altre persone o con le cose. Vi è spesso una distorsione della realtà, spesso si associano gravi disturbi del linguaggio e delle funzioni intellettive; possono esserci deliri ed allucinazioni; si può arrivare ad un arretramento a livelli comportamentali primitivi. Il paziente non è assolutamente cosciente dei suoi disturbi.

Stati confusionali o confuso onirici. - Stato di lieve, parziale o totale disorientamento nel tempo, nello spazio e verso le persone. Il paziente non sa dove si trova, non si ricorda il nome,

Crisi depressive acute con rischio suicidario. Sindrome caratterizzata da abbassamento del tono dell'umore, evidente rallentamento psicomotorio e del pensiero; possono essere presenti una certa ansia, pensieri ossessivi, soffe-

renza. I comportamenti possono portare al *Tentato suicidio (TS), (un suicidio mancato a causa dei mezzi impiegati o delle circostanze esterne che lo hanno impedito). A differenza del suicidio, solitamente considerato intenzionale, il TS è considerato controintenzionale, perché promosso non tanto da un impulso autodistruttivo, quanto da un tentativo, anche se inadeguato, di affermazione di sé e di richiesta di aiuto.

Disturbi di personalità: possono presentare rischi di violenza, in particolare il disturbo di personalità paranoide per la presenza di delirio sistematizzato che influenza il comportamento, antisociale per ottenere vendetta e per sostenere la propria immagine, con assenza di sentimento di colpa e rimorso, borderline per instabilità affettiva.

❖ **Patologie pseudo-psichiatriche.**

Le cause più frequenti sono rappresentate da:

- Squilibri metabolici (scompenso diabetico, ipossia cronica, encefalopatie,)
- Sindromi neurologiche (accidenti vascolari, encefaliti, tumori, intossicazioni da metalli pesanti come il piombo, ALZHEIMER, AIDS,)
- Sindromi iatrogene (terapie cortisoniche protratte, intossicazione o effetti collaterali da farmaci,....)
- Neurochirurgiche (traumi.....)
- Alcool: può incrementare l'incidenza di comportamenti violenti: è noto che la sostanza crea nella persona alterazioni psichiche e comportamenti con conseguenti agiti aggressivi.
- Sostanze stupefacenti: nell'abuso di cocaina, allucinogeni, crack ed ecstasi, sostanze stimolanti, si possono manifestare agiti violenti.

L'escalation del ciclo dell'aggressione.

Fase del fattore scatenante: l'avvio del processo si manifesta con comportamenti verbali ed espressivi (mimici) della persona: stato di attivazione e allerta.

Fase dell' "escalation": aumenta lo stato di agitazione psicomotoria con minacce ad alta voce. Le probabilità di successo degli interventi sono legate alla loro tempestività con un approccio verbale finalizzato al contenimento aggressivo del paziente.

Fase critica: è la fase dell'eccitamento massimo; l'attenzione deve essere centrata sulla sicurezza e sulla previsione delle conseguenze; la scelta delle opzioni deve poggiare su elementi massimali come il contenimento, la fuga, l'auto-protezione.

Fase del recupero: è una fase delicata in cui l'operatore deve avere cautela nell'aiutare il paziente a elaborare l'episodio: un intervento troppo precoce può far riemergere la crisi.

Fase della depressione post-critica: compaiono nel paziente sentimenti di colpa, di vergogna o rimorso dove c'è spazio per l'elaborazione dell'evento e la sua risoluzione.

Il comportamento generale da tenere nei confronti del paziente aggressivo.

E' importante che ogni operatore abbia consapevolezza del fatto che tutto ciò che egli farà, nel corso di questo primo contatto, segnerà inevitabilmente i suoi successivi rapporti con il paziente e con i familiari. Non si deve mai usare la coercizione fisica o l'aggressione verbale (IL PAZIENTE CHE SI SENTE AGGREDITO SOLITAMENTE AGGREDISCE !!!!!). E' utile un atteggiamento di disponibilità volto all'ascolto per capire cosa vuole il paziente con il suo at-

teggiamento. Cercare di capire e captare la domanda non solo manifesta ma anche latente. Utilizzare un linguaggio semplice, chiaro, facilmente accessibile e che non sia ambiguo; Ricordarsi sempre che:

❖ **IL PAZIENTE DEVE ESSERE INFORMATO ESATTAMENTE SULLA SUA DESTINAZIONE.**

Il paziente vive intensa-mente la presenza del personale sanitario che non deve MAI sembrare un alleato di chi vuole il ricovero: parenti,

❖ **NON SVILUPPARE L'IMBROGLIO.**

Il soccorritore non deve diventare un complice della famiglia. Deve anche evitare ogni collusione con i familiari o altri accompagnatori, si consiglia inoltre di allontanare i presenti coinvolti sul piano emotivo.

❖ **DICHIARARE LA PROPRIA QUALIFICA DI SOCCORRITORE (siamo in Suo aiuto)**

Il Paziente deve sapere con chi ha a che fare e cosa si vuole fare di Lui.

❖ **SPIEGARE IL PERCHE' DELLA PROPRIA AZIONE.**

Il soccorritore deve cercare di capire e di spiegare che l'intervento viene svolto per il bene del paziente.

Di seguito si riportano alcuni comportamenti da tenere nei confronti di pazienti con particolari caratteristiche:

• **IL PAZIENTE AGGRESSIVO O APERTAMENTE OSTILE.**

Accertarsi che l'avvicinamento al paziente non sia pericoloso. Richiedete l'intervento delle forze dell'ordine, se necessaria, prima di avvicinarsi. Occorre essere sempre pronti ad individuare eventuali improvvisi mutamenti del comportamento del paziente.

• **ATTEGGIAMENTO VERSO IL PAZIENTE DELIRANTE.**

Ha visioni, vede animaletti,.....cosa rispondere ?

LA NEGAZIONE ASSOLUTA E' SBAGLIATA!

si entra in conflittualità sullo stato di ansia, è invece importante far capire al paziente che nel momento nel quale dice che li vede, sicuramente li vede ma far capire che è conseguenza del suo stato di ansia per cui necessita una terapia adeguata per modificare questo stato.

- **IL PAZIENTE CON POTENZIALE O TENTATO SUICIDIO.**

L'assistenza è sostanzialmente la stessa del comportamento generale, fondamentale è l'interazione con il paziente, occorre cercare di stabilire un contatto visivo e verbale al più presto, evitando di discutere con il paziente, di minacciarlo e di mostrare di voler usare la forza. Occorre essere sempre pronti a individuare eventuali improvvisi mutamenti del comportamento del paziente e delle sue condizioni fisiche.

- **ATTEGGIAMENTO VERSO IL PAZIENTE CATATONICO.**

Non parla, immobile, guarda fisso, ma intuisce ed è pronto a diventare clastico (a danneggiare e a distruggere cose e persone) L'atteggiamento consigliato è quello di mettersi sullo stesso piano del paziente sia verbale che di altezza, (come per i bambini) infatti necessita la carezza, lo stare vicino, il parlargli,...

5. LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEL PAZIENTE

5.1. Procedura per contenere il rischio legato alla movimentazione manuale dei pazienti in emergenza.

L'emergenza sanitaria richiede, in genere, interventi rapidi nel corso dei quali diventa particolarmente complesso applicare quanto previsto dalle raccomandazioni prevenzionistiche indicate dalla normativa. Bisogna infatti considerare che il soccorritore opera in ambienti sempre nuovi, talora in luoghi impervi, difficili da raggiungere o in spazi angusti nei quali è più difficile eseguire attività di movimentazione corrette.

A tal fine, il Servizio Prevenzione e Protezione ha predisposto apposita Procedura Operativa Standard unica per il servizio di urgenza emergenza sanitaria.

La SEUS SCpA applica per l'inquadramento del proprio personale il contratto di sanità privata e l'autista – soccorritore è inquadrato nella categoria C, alla quale appartengono ***“lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono conoscenze teoriche specialistiche di base, capacità tecniche elevate per l'espletamento delle attribuzioni, autonomia e responsabilità secondo metodologie definite e precisi ambiti di intervento operativo proprio del profilo, eventuale coordinamento e controllo di altri operatori di minore contenuto professionale con l'assunzione di responsabilità dei risultati conseguiti”.***

Tra le mansioni specifiche del soccorritore vi è lo spostamento e il trasporto di pazienti con disturbi e lesioni in modo sicuro ed efficace, prestando attenzione a non porre in essere movimenti che, discendendo dalla necessità di celerità del soccorso, potrebbero risultare dannosi per il

paziente e per lo stesso operatore di soccorso.

Nella movimentazione di un paziente non autosufficiente, agire da soli o comunque non riflettendo su quello che si sta per fare può essere pericoloso per l'apparato locomotore ed in particolare al rachide lombare.

Per il caricamento e spostamento dei pazienti in emergenza partecipa tutto il personale in equipaggio. La figura del ROS (Responsabile operazioni di soccorso) viene svolta in subordine dal medico, infermiere o soccorritore. Le azioni che si devono compiere devono essere intraprese applicando le corrette manovre di movimentazione, riflettendo quindi su come creare una buona base di appoggio e un giusto equilibrio, scomponendo il movimento in più fasi, pensando alle prese giuste, disponendo correttamente dei presidi. Il tipo di manovra più adatta sarà in relazione alle caratteristiche del paziente. Alcuni di questi principi devono essere, inoltre, sempre tenuti presenti nell'esecuzione di qualunque altro tipo di operazione che comporti, spesso, attraverso una frequente e prolungata flessione della schiena, l'assunzione di posizioni che, da un punto di vista ergonomico, sono potenzialmente dannose per la schiena del lavoratore.

A prescindere dal rischio di contrarre una vera e propria patologia a seguito di frequenti e ripetute sollecitazioni al sistema vertebrale, anche una sola operazione di movimentazione sotto carico, compiuta scorrettamente, può implicare pericoli o disturbi fisici temporanei quali:

1. infortuni di vario genere (es. schiacciamento, urti, ecc.);
2. traumi del tratto cervicale;
3. traumi degli arti inferiori e superiori.

Questa procedura si applica per tutte le attività inerenti

il servizio di emergenza urgenza e nello specifico:

- Sollevamento/spostamento da terra o letto su presidio di immobilizzazione;
- Sollevamento/spostamento da terra o letto su presidio di trasporto e caricamento;
- Sollevamento del presidio di trasporto e caricamento in ambulanza.

Modalità di trasferimento del paziente

Le metodiche di trasferimento possono variare in relazione all'entità/tipologia della disabilità dei pazienti: a tal fine è utile suddividere questi ultimi in due categorie.

- **Paziente non collaborante**

Il paziente non può aiutare il movimento né con gli arti superiori né con gli arti inferiori (es.: tetraparetico, anziano allettato, paziente in anestesia generale, in coma, incosciente, ecc.).

- **Paziente parzialmente collaborante**

Il paziente può sfruttare una residua capacità di movimento (es.: emiplegico, paraplegico, paziente in fase di recupero funzionale, ecc.).

5.2. Regole generali di comportamento sicuro

Evitare di sollevare manualmente e da soli pesi superiori al peso limite, fissato dalla norma in materia di igiene e sicurezza in ambiente di lavoro a 25 kg.

Le fasi da rispettare di fronte ad una situazione che richiede la movimentazione del paziente in emergenza sono:

1. **Valutare** la statura e il peso del paziente(caratteristiche fisiche) prima di afferrarlo.
2. **Controllare** che il percorso da effettuare non sia scivoloso, non presenti buche, ostacoli, ecc.
3. **Avvalersi** di mezzi utili al trasporto e/o sollevamento per la movimentazione dei pazienti.
4. **Adoperare**, quando la tipologia del carico o del movimento lo richiede, dispositivi di protezione individuale come i guanti durante la movimentazione del carico.
5. **Effettuare** il sollevamento dei carichi ponendo il tronco dorsale in posizione verticale e avendo cura di utilizzare la muscolatura delle gambe per far forza. Stesse misure di sicurezza dovranno essere attuate nel caso di deposito di carichi a terra.

Si descrivono adesso i comportamenti da tenere nel sollevare e depositare un carico.

Nel sollevare un carico da terra bisogna:

- assicurarsi che le **cinghie** siano applicate;
- **piegare** le gambe;
- **afferrare** saldamente il presidio di trasporto;
- **tenere** il carico più vicino possibile al corpo;



- **sollevare** il carico tenendo la schiena più eretta possibile.

Nel depositare un carico a terra bisogna:

- **afferrare** saldamente il carico;
- **tenere** il carico più vicino possibile al corpo;
- **depositare** il carico piegando le gambe e mantenendo la schiena più eretta possibile.

In entrambi i casi bisogna:

- **Controllare** che il corpo sia in una situazione stabile prima di effettuare una movimentazione.
- **Avvicinare** il peso al proprio corpo e muovere le gambe, non spostare e/o depositare il carico utilizzando solo le braccia.
- **Evitare** sempre la torsione del tronco dorsale.
- **Ruotare i piedi** e non il tronco dorsale quando occorre effettuare un cambio di direzione del percorso.
- **Effettuare** la movimentazione di carichi pesanti o molto ingombranti o difficilmente afferrabili sempre insieme ad un altro operatore.
- **Evitare** di depositare i carichi sopra la testa sia durante il trasporto sia per brevi momenti.

5.3. Presidi di trasporto: dispositivi certificati secondo gli standard armonizzati di sicurezza europei, conformi alla norma EN 1865:2001

Le ambulanze sono dotate di presidi validi per lo spostamento e il trasporto dei pazienti, al fine di favorire una equa distribuzione dei carichi fra gli operatori.

All'interno del vano sanitario, infatti, sono presenti diversi presidi, conformi al protocollo nazionale di soccorso, da utilizzare solo dopo un'attenta valutazione della dinamica dell'evento. Gli strumenti che devono essere utiliz-

zati solo per lo spostamento dei pazienti (letto, suolo) verso presidi più idonei per il trasporto presso una struttura ospedaliera sono:

- **barella traumatica o cucchiaino:** permette di posizionare la barella sotto il paziente senza doverlo rimuovere, grazie alla sua struttura e ad un dispositivo di aggancio e sgancio per la divisione della barella. La lunghezza è regolabile con bloccaggio automatico. E' completamente costruita in alluminio robusto e leggero. E' dotata di cinture da inserire per garantire al paziente maggiore sicurezza nel momento del trasporto (es. scale). Caratteristiche tecniche: aperta cm. min. 171x43, max. 212x43, peso: 8 kg, portata: 150 kg;

- **telo portaferiti:** è realizzato in poliestere, rivestito in PVC, impermeabile, facile da lavare, traslucido ai raggi x, ma soprattutto leggero e resistente. E' dotato di otto maniglie per rendere più sicuro il trasporto del paziente.

- **sedia portantina o cardiopatica.** Indispensabile per il soccorso nell'emergenza, è ideale per il trasporto di pazienti collaboranti e coscienti in luoghi disagiati come scale. E' dotata di un sistema di apertura/chiusura semplice e sicuro contro la chiusura accidentale della sedia. Lo schienale ed il sedile in termoplastico la rendono comoda e facile da pulire, inoltre è provvista di 2 leve posteriori e 2 leve scorrevoli anteriori per il trasporto del paziente. E' completa di 3 cinture a sgancio rapido per la sicurezza del paziente. Caratteristiche tecniche: peso: 10 kg, portata: oltre 150 kg.

I presidi che, oltre ad essere dei presidi di immobilizzazione, servono per lo spostamento e trasporto del paziente sono:

La Tavola spinale, realizzata con materiale plastico ad

alta resistenza, è stata progettata prestando particolare attenzione alle difficoltà che si incontrano durante gli interventi in presenza di politraumatizzati. E' dotata di 20 maniglie per il trasporto. Caratteristiche tecniche : lunghezza: 183 cm, larghezza: 41 cm, peso: 5,5 kg.

Il Materasso a depressione è indicato per il trasporto di traumatizzati. Composto da un sacco in PVC contenente palline di polistirolo, circondato da una camera d'aria con una valvola; permeabile ai raggi X, è dotato di 6 maniglie per il trasporto, garantendo una buona distribuzione del peso e consentendo una migliore manovrabilità soprattutto in soccorsi impervi. Caratteristiche tecniche : dimensioni: 200 x 75 cm, peso: 8,8 Kg e portata massima: 150 Kg.

La Barella autocaricante, in dotazione presso le nostre autoambulanze, è una barella di tipo autocaricante, compatta e leggera, ad altezza variabile per facilitare il trasporto dei pazienti. Può essere utilizzata nelle operazioni di soccorso su strada e su mezzi sanitari. Le gambe si piegano indipendentemente, azionando gli appositi comandi, in fase di caricamento, e si aprono automaticamente in fase di scarico; il semicarrello anteriore è reclinabile per ridurre sensibilmente la lunghezza della barella. La barella autocaricante dispone di un sistema di sicurezza sulle gambe, sia anteriori che posteriori, che si innescano automaticamente quando si carica la barella sull'autoambulanza. Caratteristiche tecniche: lunghezza: 1970 mm., larghezza: 570 mm., peso: 38,7 kg., portata massima: 160 kg.

5.4. Caricamento e spostamento dei pazienti in emergenza

Durante lo spostamento ed il caricamento del paziente in

emergenza bisogna fare attenzione al posizionamento delle mani e mettere in pratica le posizioni di seguito descritte per l'utilizzo della sedia portantina con paziente collaborante/cosciente.

Lo spostamento va scomposto in due fasi:

- Fase 1 far sedere il paziente;
- Fase 2 trasferimento verso la carrozzina.



Fig. 1 – far sedere il paziente



Fig. 2 – trasferimento verso la carrozzina

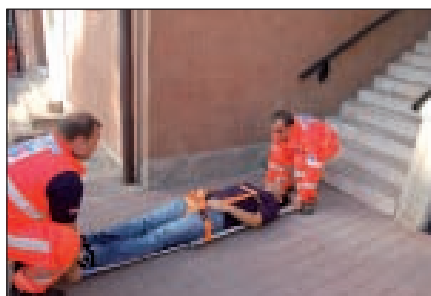
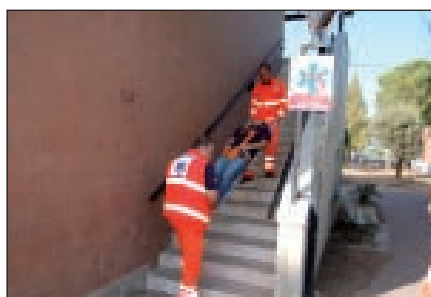


Fig. 3 – presa crociata

Il primo operatore sostiene il paziente da dietro ed effettua la presa crociata (fig. 4), mantiene la schiena dritta, appoggia sul piano del letto un ginocchio per scaricare in parte il peso (fig. 1). Il secondo operatore posiziona la sedia cardiopatica a fianco al letto, afferra le gambe del paziente in prossimità delle ginocchia (fig. 2) e, sincronizzando i movimenti, effettuano il trasferimento (fig. 3).

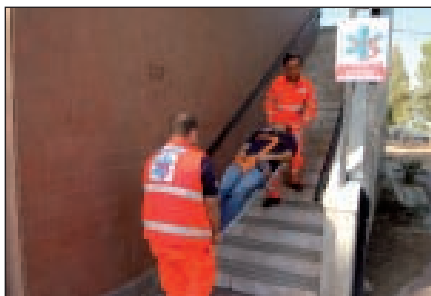
Per l'utilizzo dei presidi con paziente non collaborante o incosciente (sollevamento della barella traumatica) il sollevamento va effettuato ponendo il tronco dorsale in posizione verticale e avendo cura di utilizzare la muscolatura delle gambe per far forza:

- **piegare** le gambe;
- **afferrare** saldamente il carico;
- **tenere** il carico più vicino possibile al corpo;
- **sollevare** il carico tenendo la schiena più eretta possibile;
- **sincronizzare** i movimenti (vedi figg. 5, 6, 7, 8 , 9).

*fig. 5**fig. 6**fig. 7*

*fig. 8*

Non solo nel sollevamento, ma anche nel trasporto, bisogna piegare le ginocchia e non la schiena! (fig. 9)

*fig. 9*

Le stesse precauzioni devono essere osservate per gli altri presidi, come la barella autocaricante.

6. LA GESTIONE DELLE MANUTENZIONI

La peculiarità del servizio svolto dalla S.E.U.S. SCpA impone che tutti gli equipaggiamenti siano adeguati alle esigenze aziendali per l'erogazione del servizio e che siano controllati e verificati ad intervalli periodici prestabiliti, in modo da assicurarne la funzionalità, nonché l'efficacia e l'efficienza.

Data la complessità aziendale e la molteplicità delle dotazioni/infrastrutture/ambienti di lavoro utilizzati dalla SEUS SCpA, le modalità di controllo e verifica delle stesse sono differenziate anche in relazione alla criticità/impatto che esse hanno sul servizio erogato e sono affidate a differenti funzioni/uffici.

Per la descrizione delle procedure di manutenzione delle diverse infrastrutture si rimanda alle procedure aziendali.

Nel presente capitolo verranno analizzate le procedure da eseguire per la preparazione, l'alloggiamento e la verifica dell'attrezzatura e del materiale della cellula sanitaria dell'autoambulanza mediante :

- 1.la Verifica della funzionalità del mezzo di soccorso ed il controllo della presenza dei presidi nella cellula sanitaria;
- 2.l'utilizzo dell'impianto di Ossigenoterapia;
- 3.la Pulizia e disinfezione della cellula sanitaria.

6.1. Automezzi, autoambulanze e attrezzature di bordo

La manutenzione delle autoambulanze e degli automezzi si esplica attraverso le attività di:

Verifica periodica - gli addetti dell'UPP - area logistica eseguono un controllo periodico sull'adeguatezza dell'ambulanza. Ogni aspetto difforme deve essere comunicato dall'addetto area logistica al Coordinatore dell'UPP ed al CRP per attivare la procedura di manutenzione.

Manutenzione su richiesta - quando risulti necessario un

intervento tecnico (per guasti, sinistri o eventi dannosi) sull'autoambulanza o sulle attrezzature di bordo dell'ambulanza, la postazione comunica immediatamente al C.R.P. la richiesta di manutenzione. Il C.R.P. si occuperà di aprire il ticket e di inoltrarlo all'UPP. L'UPP provvederà ad effettuare tramite gli addetti alla logistica la verifica della manutenzione da effettuare. L'ambulanza deve essere sempre pronta ad affrontare qualsiasi situazione si presenti nello svolgimento del servizio.

Per il dettaglio della procedura di manutenzione su richiesta si rimanda alla procedura aziendale.

Compito dell'autista soccorritore è, invece, controllare lo stato dell'ambulanza tramite:

- a. la verifica dello stato meccanico del mezzo (livello di benzina, Impianto elettrico esterno - luci, frecce ..., impianto elettrico interno -luci della cellula sanitaria - integrità della carrozzeria - perfetto funzionamento di portiere, portelloni, agganci della barella)
- b. il controllo della cellula sanitaria (solitamente mediante la compilazione del Registro Unico di Postazione - R.U.P. che viene firmata ad ogni cambio di turno dal personale che prende servizi e dal personale che conclude il turno.

6.2. Le bombole di ossigeno

Le bombole di ossigeno che sono in dotazione sulle nostre ambulanze in numero di due su ogni mezzo hanno capienza di 7 litri e vengono caricate normalmente a 120 BAR, permettendo all'ossigeno compresso di raggiungere un volume corrispondente a 840 litri. Per individuare il numero di litri di ossigeno disponibili nella bombola è sufficiente



moltiplicare la capienza della bombola (7 litri) per i BAR indicati sul manometro. E' importante capire che una bombola piena e quindi contenente 840 litri a cui è attaccato un paziente cui sono somministrati 10 litri al minuto avrà un'autonomia di circa 84 min. 1 ora e 24 min.

Raccomandazioni:

- non bisogna mai mettere una bombola, sia piena che vuota, in locali ove siano presenti oli, grassi o sostanze infiammabili;
- non bisogna permettere il contatto di oli o grassi con valvole delle bombole, con i regolatori di pressione o con i fori di entrata (alcuni di questi a contatto con l'ossigeno provocano violente esplosioni);
- non bisogna mai mettere le bombole in locali molto caldi o dove siano fornelli o caldaie accese (l'ossigeno è un ottimo comburente);
- non bisogna utilizzare regolatore di pressione per gas diversi da quelli a cui sono destinati;
- le valvole delle bombole durante l'uso vanno completamente aperte;
- si raccomanda estrema cura nel trasporto delle bombole onde evitare urti;
- quando si porta a caricare una bombola è obbligatorio usare l'apposito coprivalvole;
- bisogna riporre le bombole vuote distinguendole chiaramente da quelle piene;
- la bombola va sostituita, salvo casi eccezionali, solo quando completamente vuota in quanto in ambulanza è disponibile una seconda bombola e vi è un dispositivo che la attiva nel momento che si esaurisce la prima.

L'erogatore di ossigeno. L'apparecchiatura per l'ossi-

genoterapia in dotazione sui mezzi di soccorso è costituita da un gorgogliatore di ossigeno e da un flussometro a cui si connettono le apposite mascherine.

Nel gorgogliatore normalmente viene inserita dell'acqua che permette all'ossigeno, che è un gas secco, di umidificarsi per non irritare ed essiccare le vie respiratorie e le relative secrezioni.

C'è da dire che i tempi brevi che solitamente sono caratteristici dei servizi da noi prestati non comportano comunque danni rilevanti alle mucose respiratorie anche in assenza di acqua nel gorgogliatore e spesso, anzi, una non adeguata manutenzione dello stesso, senza un cambio frequente dell'acqua, comporta in essa la produzione di colture batteriche di tal patogenicità che diventa meno pericoloso far respirare ossigeno secco piuttosto che contaminato da tali colonie batteriche. Inoltre l'uso delle maschere tipo Venturi che permettono la miscelazione dell'ossigeno all'aria ambiente eliminano la necessità dell'umidificazione del gas, anzi la rendono esagerata.

Il flussometro è costituito da una colonnina graduata al cui interno si muove una pallina che indica i litri di ossigeno erogati in un minuto. Nel trasportare pazienti dimessi o trasferiti da un ospedale ad un altro o al domicilio, che abbiano indicazioni specifiche circa l'ossigenoterapia da svolgere bisognerà sapere con precisione le necessità del paziente, stimare i tempi necessari a svolgere il trasporto e valutare l'autonomia delle bombole che abbiamo sul mezzo. E' buona regola non partire sapendo già di avere necessità di rifornirsi di ossigeno durante il tragitto.

6.3. LA SANIFICAZIONE DELLE AMBULANZE E LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SPECIALI

L'igiene dell'ambulanza è una garanzia indispensabile sia per il trasporto del paziente sia per i membri dell'equipaggio.

A seconda del contagio e della patologia del paziente la pulizia dell'automezzo viene svolta secondo due tipi di interventi:

1. La sanificazione ordinaria. Si effettua dopo ogni viaggio ed è suddivisa nelle seguenti fasi:

1. Preparare i due secchi: uno con acqua calda e uno con acqua fredda.
2. Nel secchio con acqua calda diluire il detergente (seguire le indicazioni del produttore).
3. Indossare guanti, occhiali.
4. Rimuovere lenzuola e coperte sporche ed i rifiuti.
5. Rimuovere le attrezzature mobili e collocarle dove è possibile pulirle.
6. In caso di superfici visibilmente contaminate con materiale organico (sangue, feci, vomito) prima di effettuare la sanificazione/disinfezione bisogna procedere alla decontaminazione nel seguente modo:
 - ricordarsi di indossare guanti e mascherina di protezione per tutto il tempo della disinfezione dell'ambulanza,
 - versare disinfettanti a base di cloro a concentrazione pari al 5% di cloro attivo (varechina pura) sul materiale da rimuovere fino a coprirlo completamente,
 - lasciare agire 5 minuti (il materiale biologico verrà solidificato),
 - rimuovere il tutto con panno monouso che verrà, come da procedura, smaltito negli appositi contenitori.
7. Lavare con panno o spugna imbevuta di soluzione de-

tergente il materassino, il cuscino della barella, tutte le suppellettili, le superficie interne e le attrezzature dell'ambulanza (risciacquare frequentemente la spugna o il panno nell'acqua pulita);

8. Dopo aver deterso il tutto si può procedere alla disinfezione con panno o spugna imbevuta di soluzione disinfettante a base di cloro di tutte le attrezzature (barelle, sedie, steccobende, collari, telo, ...) ; lasciare agire per 10-20 minuti.

9. passare il panno lavasciuga per sciacquare e asciugare le superfici precedentemente trattate.

N.B. *si detergono prima le parti pulite poi le parti sporche per evitare ulteriori contaminazioni.*

10. Pulire il pavimento immergendo lo spazzolone a frange nel secchio con acqua calda e detergente.

11. Risciacquare il pavimento utilizzando l'acqua pulita del secondo secchio.

12. Tutte le attrezzature mobili (precedentemente spostate) detergerle e disinfettarle come al punto 7 e 8.

13. Lasciare asciugare l'ambulanza ed il materiale.

14. Ripristinare l'ambulanza con tutto l'occorrente necessario.

15. Svuotare l'acqua dai 2 secchi, lavarli e asciugarli;

16. detergere le spugne e i panni multiuso e disinfettarli tramite immersione in soluzione a base di cloro per almeno 30 minuti;

17. lavarsi abbondantemente ed accuratamente le mani.

2. Sanificazione straordinaria. Dopo ogni trasporto di pazienti affetti da malattie infettive e diffuse, o sospette

tali, come da comunicazione della Centrale Operativa o del medico a bordo, le ambulanze devono essere sottoposte al fermo sanitario. L'equipaggio deve contattare il C.R.P. ed attenersi a quanto previsto dalla procedura Rischio Biologico, allegato 2 al piano Sicurezza, per la sanificazione straordinaria del mezzo. Di seguito la sanificazione prevista per ogni tipologia di malattia infettiva:

- **Sospette malattie a trasmissione aerogena** (tubercolosi, meningite meningococcica, A-H1N1, morbillo, influenza, ecc...)

- una volta terminato il trasporto del paziente, si deve aerare l'automezzo tenendo aperti i portelloni ed i finestrini per almeno 20 minuti;

- sanificare per 20 minuti con decontaminazione con ozono;

- procedere, successivamente, alla sanificazione e disinfezione dell'automezzo, con le modalità descritte nella "sanificazione ordinaria".

- **Sospette malattie a trasmissione oro-fecale e/o cutanea** (salmonellosi, colera, epatite tipo A, scabbia, ecc...)

- prima del trasporto munire la barella di telo impermeabile che deve essere successivamente lavato;

- sovrapporre a tale telo impermeabile i lenzuolini monouso che dovranno essere gettati dopo il servizio;

- procedere, successivamente, alla sanificazione e disinfezione dell'automezzo, con le modalità descritte nella "sanificazione ordinaria" con particolare riguardo alla barella e alle maniglie;

- **Sospette malattie a trasmissione ematica** (epatite tipo B, epatite tipo C, AIDS, ecc...)

- non c'è alcuna necessità di particolari interventi di sanificazione e disinfezione successivamente al trasporto di

pazienti affetti da malattie infettive a contagio ematico, fatta eccezione ai casi in cui si verificano perdite di sangue o di fluidi biologici. In tali casi, e comunque in tutti i casi in cui ci sia una perdita di sangue e di fluidi biologici, è necessario intervenire sulle superfici contaminate secondo quanto descritto al punto 6 della procedura di disinfezione.

Raccomandazioni

- si ricorda che le soluzioni a base di cloro, se utilizzate frequentemente possono provocare corrosione di oggetti e superfici metalliche; pertanto, dopo la disinfezione, occorre rimuovere i residui del prodotto dalle superfici con panno che verrà regolarmente smaltito.

Precauzione per la protezione personale

1.lavaggio delle mani, dopo essersi tolti i guanti e dopo ogni operazione di pulizia e disinfezione.

2.è necessario indossare guanti ogni qualvolta sia probabile il contatto con sangue o materiali organici.

3.non indossare anelli e mantenere le unghie corte.

4.se occorre trattare più pazienti, è consigliabile l'uso di due guanti sovrapposti; il guanto più esterno può essere sfilato senza eccessivi problemi, avendo la mano protetta da quello interno, prima di passare al paziente successivo.

5.rimuovere i guanti prima di accingersi alla guida.

6.utilizzare mascherina, occhiali protettivi e/o visiere ove necessario al fine di evitare schizzi di sangue o altri liquidi organici.

L'autista soccorritore annota, nel registro unico di postazione, il tipo di sanificazione effettuata sugli automezzi.

6.4 Smaltimento rifiuti

I rifiuti prodotti durante gli interventi sono di due tipi: rifiuti taglienti e rifiuti speciali.

La loro raccolta deve essere eseguita osservando le seguenti istruzioni :

- non manipolare i rifiuti per evitare lesioni da oggetti taglienti non visibili, non riposti negli appositi contenitori;
- deve essere evitata la manipolazione manuale dei rifiuti;
- i rifiuti devono essere smaltiti secondo le normative vigenti;
- i DPI monouso devono essere posti in doppia busta di plastica impermeabile;

Rifiuti taglienti

I rifiuti taglienti prodotti durante l'intervento (aghi, lame di bisturi, ecc.) devono essere riposti, immediatamente dopo l'utilizzo, nel raccoglitore rigido per taglienti di cui è dotata ciascuna autoambulanza. Quando il raccoglitore è pieno, l'equipaggio di turno deve provvedere al suo conferimento secondo quanto previsto dall'azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza o depositarlo negli appositi contenitori presso il Pronto Soccorso ove ha trasportato l'ultimo paziente. Ad ogni consegna gli autisti provvedono a caricare a bordo del mezzo un contenitore equivalente vuoto.

Rifiuti speciali

L'equipaggio è tenuto a depositare i rifiuti speciali prodotti durante l'intervento (lenzuoli monouso, mascherine, ovatta, ecc...) negli appositi contenitori che una volta riempiti andranno consegnati secondo quanto previsto dall'ASP di appartenenza o all'interno dei presidi dove viene consegnato il trasportato.

7. GUIDA SICURA

7.1. Il Comportamento dell'autista/soccorritore durante l'espletamento di un'urgenza.

La conduzione dell'ambulanza deve essere sempre effettuata mantenendo un margine di sicurezza tale da consentire l'espletamento del servizio nel minor tempo possibile, evitando però al contempo rischi inutili. L'autista soccorritore durante la guida dell'ambulanza deve:

1. assicurarsi , prima di iniziare la marcia , che tutte le porte siano chiuse e tutte le persone trasportate (medico ,infermiere e soccorritore) siano sistemate in condizioni di sicurezza;
2. accertarsi che in prossimità di un incrocio lo stesso sia sgombrato prima di attraversarlo;
3. condurre l'ambulanza con la massima prudenza , essendo a volte imprevedibili le manovre degli altri utenti della strada al sopraggiungere di un veicolo con segnali acustici e luminosi azionati;
4. in caso di semaforo rosso limitare la velocità, in modo da assicurarsi che tutti i veicoli in prossimità dell'incrocio diano la precedenza, in caso contrario, se necessario, fermare il mezzo di soccorso;
5. Essere in buone condizioni fisiche. Non bisogna avere nessun problema fisico che possa ostacolare la guida dell'automezzo;
6. Essere in buone condizioni psichiche e saper controllare le emozioni.
7. Essere in grado di agire in condizioni di stress; avere un atteggiamento positivo, ma non presuntuoso circa le proprie capacità di guida e o di soccorritore;

8. Essere tollerante nei confronti degli altri conducenti. Ricordare che le persone reagiscono in maniera differente alla vista di un mezzo di soccorso;
9. Non guidare mai sotto l'effetto di sostanze tossiche (alcol, droghe, farmaci).
10. Non guidare senza patente;
11. Se prescritti e/o necessari, indossare sempre le lenti per la guida;
12. Considerare in modo critico le proprie capacità tenendo conto dello stress, del sonno, delle malattie e della stanchezza.
13. Trasportando un traumatizzato la velocità non deve mai essere superiore ai 40-50 km/h.
14. Il paziente infartuato o comunque con patologie importanti a carico del cuore non va mai trasportato a grandi velocità o sottoposto a notevoli sollecitazioni, poiché le forti emozioni, quale la paura, sono in grado di compromettere negativamente le sue condizioni.

7.2. Dispositivi di segnalazione

I conducenti dei veicoli con targhe speciali sono oggi un'eccezione, infatti tale abilitazione viene rilasciata direttamente dagli Enti di appartenenza indipendentemente dal fatto che il veicolo di soccorso venga o meno utilizzato in un servizio di emergenza.

Ambulanza e automedica sono dotate di dispositivi supplementari di allarme (sirena) e di dispositivi supplementari di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu (lampeggiante) come prescritto dall'art. 177 CdS. al fine di poter mantenere una marcia il più regolare possibile e di essere ben visibili.

I dispositivi di segnalazione devono essere messi in fun-

zione contemporaneamente e usati solo per l'espletamento di servizi "urgenti", il nuovo codice della strada ha introdotto inoltre l'obbligo dell'uso dei proiettori anabbaglianti anche di giorno, in modo da evidenziare il sopraggiungere del mezzo di soccorso.

Terminato il servizio di emergenza, non è consentito l'uso di alcun dispositivo supplementare di allarme.

Ogni abuso circa l'utilizzo di detti dispositivi è soggetto a sanzione amministrativa in ottemperanza a quanto prescrive l' art. 177 CdS.

Si fa presente che l'autista-soccorritore, pur contravvenendo alle norme del codice della strada nei limiti previsti, deve sempre osservare le regole di comune prudenza e diligenza per prevenire ed evitare pericoli alla pubblica incolumità .

L'autista-soccorritore è il solo responsabile della sua incolumità, di quella delle persone trasportate, degli utenti della strada e del danneggiamento del veicolo durante l'espletamento del proprio lavoro.

L'autista che, non attenendosi alle comuni regole del buon senso, cagioni danno a persone o cose è chiamato a rispondere della propria condotta a titolo penale, civile e amministrativo.

Si sottolinea che la responsabilità penale è sempre personale per cui a differenza della responsabilità civile non può essere coperta da assicurazione. Un autista soccorritore scrupoloso e vigile presterà attenzione ad eventuali anomalie del mezzo (pneumatici usurati, spie luminose, etc) e provvederà alle relative segnalazioni.

7.3. Cause principali di Incidenti

In un gran numero di casi il fattore determinante degli incidenti in cui sono coinvolte autoambulanze è l'eccessiva

velocità. La conoscenza del territorio di competenza consente di effettuare il percorso più breve per arrivare dal punto di partenza al luogo dell'evento, evitando di dover correre in maniera spesso irresponsabile. Altra causa frequente di incidente stradale è rappresentata dal mancato rispetto della distanza di sicurezza. Come tutti gli autoveicoli, il mezzo di soccorso richiede una certa distanza per arrestarsi in caso di frenata. È evidente che tale distanza sarà tanto maggiore quanto maggiore è la velocità del veicolo e quanto più lenti sono i riflessi dell'autista soccorritore (tempo di reazione).

Anche le condizioni del manto stradale (pioggia, ghiaccio, etc.) e lo stato dell'impianto frenante hanno la loro influenza sulla distanza necessaria ad arrestare il veicolo. Bisogna sempre considerare inoltre, la possibilità che un altro utente della strada si comporti in modo anomalo. L'autista-soccorritore deve quindi prestare enorme attenzione alla strada e a tutto ciò che lo circonda. In frenata, accorgendosi di aver bloccato le ruote occorre sollevare immediatamente il pedale del freno, per fortuna oggi dispositivi come l' A.B.S. evitano il bloccaggio delle ruote garantendo al veicolo direzionalità anche in caso di brusche frenate. La professionalità dell' autista-soccorritore è rilevabile anche dalla corretta posizione di guida, dalla giusta impostazione delle mani sul volante, dalla velocità proporzionata alle condizioni della viabilità stradale, nonché dalla capacità di valutare e prevedere il comportamento degli altri utenti.

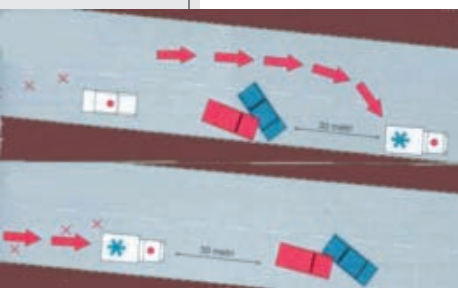


Il parcheggio del veicolo di soccorso sul luogo di un incidente automobilistico

L'ambulanza che sopraggiunge sul luogo di un incidente stradale deve parcheggiare il veicolo di soccorso a circa 30 metri dal punto dello scontro. Il primo veicolo che sopraggiunge parcheggerà prima dei veicoli coinvolti, così si



avvertiranno gli altri automobilisti in arrivo. Se il luogo è già sotto controllo l'autista soccorritore parcheggerà al di là dei veicoli coinvolti per non rischiare di venire tamponati. Effettuare l'analisi del luogo e dei pericoli, per prendere tutte le necessarie precauzioni per la protezione dal contatto con liquidi organici e con eventuali materiali pericolosi. Inoltre nel recuperare un infortunato che giaccia in mezzo ad un senso di marcia, il mezzo di soccorso andrà parcheggiato immediatamente prima



del ferito proteggendolo dal sopraggiungere di altri mezzi. Va ricordato che qualunque manovra di inversione andrà effettuata prima di avere il paziente a bordo.

7.4. Cinture di sicurezza

L'uso delle cinture di sicurezza in emergenza è regolato dall'art. 172 del C.d.S. .

Lo stesso Art. 172 – comma 3 esonerava dall'uso delle

cinture di sicurezza:

a) gli appartenenti alle forze di polizia e ai corpi di polizia municipale nell'espletamento di **un servizio di emergenza;**

b) i conducenti ed addetti dei veicoli del servizio antincendio e sanitario **in casi di interventi di emergenza;**

c) gli appartenenti a servizi di vigilanza privati regolarmente riconosciuti che **effettuano scorte;**

d) i conducenti di autoveicoli per il trasporto di persone in servizio pubblico da piazza, ovvero adibiti al noleggio con conducente, **durante il servizio nei centri abitati;**

e) gli istruttori di guida **quando esplicano le funzioni previste dall'articolo 122, comma 2;**

La distinzione dell'esonero fra diversi operatori non viene fatta a caso, ma attraverso un "modus operandi". Il motivo per cui viene concesso l'esonero all'uso del dispositivo di ritenuta è strettamente correlato all'attività che l'operatore svolge.

Nel caso delle forze di polizia l'esonero riguarda **"L'ESPLETAMENTO DI UN SERVIZIO DI EMERGENZA"**; per gli addetti ai servizi di soccorso l'esonero si applica **"IN CASI DI INTERVENTI DI EMERGENZA"**.

Il CdS per **"servizio di emergenza"** intende tutte le attività di controllo, pattugliamento, appostamento e tutti quei casi in cui è necessario che l'operatore sia prontamente in grado di abbandonare il veicolo anche senza che si configuri un'emergenza immediata ma ipotizzabile o prevedibile, quindi il **"servizio di emergenza"** è più confacente ad attività di polizia che ad attività di soccorso.

L'**intervento di emergenza** è riconducibile al soccorso vero e proprio, cioè quando già esiste la certezza dell'emergenza anche senza un effettiva valutazione diretta

del caso, ovvero la chiamata della C.O.

Il CdS esonera gli operatori all'uso delle cinture di sicurezza solo nei codici rossi o codici 3, ma per il resto, no!

Quanto fin sopra esposto ha validità e valore solamente quando il paziente si trova già a bordo del vano sanitario del mezzo di soccorso.

Esiste sempre e comunque l'uso obbligatorio delle cinture di sicurezza per i codici d'invio per tutto l'equipaggio, anche per chi è all'interno del vano sanitario.

Nei codici di rientro l'autista è sempre tenuto ad indossare la cintura di sicurezza, mentre l'equipaggio sarebbe esonerato solamente quando si trova ad operare nel vano sanitario (naturalmente in emergenza).

Si tenga presente che le conseguenze dei danni arrecati agli occupanti, derivanti dalla condotta di guida del conducente, sono direttamente imputabili allo stesso. Nel caso in cui, in seguito ad un leggero tamponamento, il ginocchio di un medico sbatta contro una delle tante protuberanze del vano sanitario o che un infermiere, senza cintura allacciata, denunci il classico "colpo di frusta", e per tali motivi si configurino dei traumi di lieve entità, ma tali da comportare prognosi superiori ai 7/10 gg, l'autista del mezzo di soccorso viene appiedato, nella migliore delle ipotesi, solamente per una quindicina di giorni.

In termini tecnici si chiama "sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente". Ma non basta, alla sospensione è necessario aggiungere la decurtazione di ben 8 punti e una multa di 343 euro (Art. 149 comma 6 del CdS).

8. LA SEGNALETICA DI SICUREZZA

Scopo del segnale di sicurezza è quello di ***attirare in modo rapido e facilmente comprensibile l'attenzione su soggetti e situazioni che possono provocare*** determinati pericoli, in attuazione della direttiva 92/57/CEE :

- avvertire di un rischio o di un pericolo le persone esposte.
- vietare comportamenti che potrebbero causare pericolo.
- prescrivere determinati comportamenti, necessari ai fini della sicurezza.
- fornire indicazioni relative alle uscite di sicurezza o ai mezzi di soccorso o salvataggio.
- fornire altre indicazioni in materia di prevenzione e sicurezza.

L'obiettivo è quello di disciplinare le prescrizioni minime per la segnaletica di sicurezza nel posto di lavoro, sui recipienti, impianti, magazzini e depositi.

8.1.TIPOLOGIE DI SEGNALETICA

- Segnali di DIVIETO

Vietano un comportamento dal quale potrebbe risultare un pericolo.

- Segnali di AVVERTIMENTO

Trasmettono ulteriori informazioni sulla natura del pericolo .

- Segnali di PRESCRIZIONE

Obbligano ad indossare un DPI e a tenere un comportamento di sicurezza .

- Segnali di SALVATAGGIO

Danno indicazioni per l'operazione di salvataggio .

- Segnali di ANTINCENDIO

Indicano le attrezzature antincendio.

Segnali di DIVIETO



Segnali di AVVERTIMENTO

		
Materiale infiammabile o alta temperatura	Materiale esplosivo	Sostanze velenose
		
Sostanze corrosive	Materiali radioattivi	Carichi sospesi
		
Carrelli di movimentazione	Tensione elettrica pericolosa	Pericolo generico
		
Materiale comburente	Pericolo di inciampo	Caduta con dislivello

Segnali di PRESCRIZIONE

Protezione obbligatoria
degli occhi



Casco di protezione
obbligatoria



Protezione obbligatoria
dell'udito



Protezione obbligatoria
delle vie respiratorie



Calzatura di sicurezza
obbligatoria



Guanti di protezione
obbligatoria



Protezione obbligatoria del corpo



Protezione obbligatoria del viso



Passaggio obbligatorio
per i pedoni



Obbligo generico (con eventuale
cartello supplementare)

Segnali di SALVATAGGIO



Segnali di ANTINCENDIO



8.2. Segnaletica di sicurezza aziendale

E' stata predisposta opportuna segnaletica di sicurezza aziendale, in applicazione del D. Lgs 493/96 per:

- Avvertire il personale dei rischi individuati nell'attività di soccorso;
- Vietare l'ingresso alle persone non autorizzate;
- Prescrivere l'utilizzo dei DPI.

Il datore di lavoro, nel rispetto dell'art. 7 della legge 300 del 1970, ha il compito di esigere il rispetto delle misure di sicurezza, e nel caso di inosservanza da parte dei lavoratori delle cautele di sicurezza, ha l'obbligo di irrogare le sanzioni disciplinari previste.

Sono previste, inoltre, sanzioni penali per i lavoratori che:

- Rimuovono o modificano i dispositivi e gli altri mezzi di sicurezza e di protezione senza averne ottenuta autorizzazione;
- Non usano con cura i dispositivi di sicurezza e gli altri mezzi di sicurezza e di protezione predisposti o forniti dal datore di lavoro;
- Non segnalano immediatamente al datore di lavoro, al dirigente, ai preposti le deficienze dei dispositivi e dei mezzi di sicurezza e di protezione nonché le altre eventuali condizioni di pericolo di cui venissero a conoscenza.

SEUS – SICILIA EMERGENZA-URGENZA SANITARIA SCpA	
	
	IN APPLICAZIONE DEL D. L.GS 16/01/03 È FATTO DIVIETO A TUTTO IL PERSONALE DI FUMARE ALL'INTERNO DELL'AUTOMEZZO. PER I TRASGRESSORI SARANNO APPLICATE LE SANZIONI PREVISTE DALLA NORMA: DA € 25,00 FINO AD € 250,00 (SE IN PRESENZA DEL PAZIENTE VERRA' APPLICATA LA MASSIMA SANZIONE). INCARICATO DELLA VIGILANZA È IL R.S.P.P. CHE PROVVEDERÀ AD EMETTERE LA SANZIONE ANCHE SU RICHIESTA.
	E' VIETATO L'INGRESSO AL PERSONALE ESTRANEO AL SERVIZIO. EVENTUALI DEROGHE DEVONO ESSERE AUTORIZZATE DAL DIRETTORE DI CENTRALE O DAL RESPONSABILE DI PRODUZIONE.
	DURANTE IL SERVIZIO IL PERSONALE DEVE SEMPRE INDOSSARE I GUANTI DI PROTEZIONE IN LATTICE, SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA PROCEDURA PER L'UTILIZZO DEI D.P.I. NELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA S.U.E.S. 118.
	DURANTE IL SERVIZIO IL PERSONALE DEVE INDOSSARE LE SCARPE DA LAVORO IN DOTAZIONE PERSONALE, SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA PROCEDURA PER L'UTILIZZO DEI D.P.I. NELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA S.U.E.S. 118.
	DURANTE IL SERVIZIO IL PERSONALE DEVE INDOSSARE LA TUTA DI PROTEZIONE A MANICHE LUNGHE, SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA PROCEDURA PER L'UTILIZZO DEI D.P.I. NELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA S.U.E.S. 118.
	ATTENZIONE! ZONA POTENZIALMENTE A RISCHIO BIOLOGICO. RISPETTARE LE PROCEDURE AZIENDALI.
	ATTENZIONE! ZONA POTENZIALMENTE A RISCHIO GENERICO. LAVORARE CON PRUDENZA E ATTENZIONE.

9. RISCHIO BIOLOGICO

9.1 PRECAUZIONI UNIVERSALI PER LA PROTEZIONE DEL PERSONALE

E' opportuno ritenere ogni utente potenzialmente portatore di malattie infettive e, ogni azione dei soccorritori non deve venir meno a questo principio.

Le precauzioni universali forniscono indicazioni di massima su come affrontare queste situazioni e si applicano ad ogni operatore che possa essere esposto al contatto di sangue, liquidi o ad altri materiali biologici.

Si ricorda che la procedura Rischio Biologico, all. 2 al Piano sicurezza, descrive nel dettaglio le azioni preventive da attuare nei singoli casi di sospetta malattia infettiva.

Sintomatologie di gravi malattie infettive - SARS e H1N1

La SARS (severe acute respiratory indrome) è una malattia infettiva che colpisce i polmoni ed è causata da un Coronavirus trasmessa per via aerea con persone malate in fase sintomatica, oppure con oggetti contaminati di recente con secrezioni respiratorie di persone malate. I sintomi sono: febbre alta $>38^{\circ}\text{C}$, tosse, respiro breve ed affannoso, cefalea, rigidità muscolare, rash cutaneo, diarrea.

Il virus della SARS presenta le caratteristiche di bassa resistenza nell'ambiente esterno e di alta sensibilità all'azione dei comuni disinfettanti.

Il virus dell'influenza A sottotipo H1N1 è un'infezione virale acuta dell'apparato respiratorio con sintomi fondamentalmente simili a quelli classici dell'influenza: febbre improvvisa intorno ai $38-39^{\circ}$, tosse, mal di gola, malessere generale. In alcuni pazienti esistono anche sintomi gastrointestinali, quali nausea, vomito e diarrea. Esistono poi

complicazioni, quali la polmonite ed in casi più gravi e persistenti le convulsioni. Come per l'influenza stagionale, la trasmissione da persona a persona si può verificare per via aerea attraverso le gocce di saliva trasportate da starnuti o colpi di tosse di persone infette, per mezzo del contatto con materiali o superfici infette.

9.2. Tipologia dei mezzi di protezione individuale da rischio biologico

Vista l'analisi suddetta dei rischi biologici elaborata dal Medico Competente e dal Servizio di Prevenzione e Protezione, viene individuato un elenco di dispositivi di protezione individuale destinati ad essere indossati dal lavoratore a scopo di proteggerlo da rischi specifici:

- **Guanti monouso EN 388**

Vanno sempre indossati dal lavoratore per gli interventi e per la sanificazione del mezzo e dei presidi.

- **Mascherine chirurgiche monouso CE**

Vanno indossate dal lavoratore valutato il rischio di atmosfera inquinata in presenza di agenti chimici-biologici.

- **Occhiali monouso EN 166**

Vanno indossati a protezione degli occhi da schizzi di liquidi biologici e in genere in presenza di rischio chimico-biologico.

- **Camici monouso CE**

Vanno indossati a protezione del lavoratore in presenza di rischio biologico.

- **Cuffie monouso CE**

Vanno indossate a protezione del lavoratore in presenza di rischio biologico.

9.3. Precauzioni generali per evitare contatti accidentali

con sangue o altri liquidi biologici

Poiché l'anamnesi e gli accertamenti diagnostici non sono in grado di identificare con certezza tutti i pazienti con infezione da agenti patogeni trasmessi attraverso il sangue o altri liquidi biologici, è necessario utilizzare le stesse procedure nei confronti di tutti i pazienti.

Il personale deve utilizzare i guanti in tutte le attività che possono esporre l'operatore al contatto con materiali biologici (sangue, urine, secreti, escreti, ecc...), durante la manipolazione di materiale contaminato, nelle fasi di smaltimento di rifiuti potenzialmente infetti (garze, tamponi, materiale monouso, ecc.), durante la chiusura dei contenitori dei rifiuti speciali, durante le operazioni di lavaggio di materiale e strumenti chirurgici, se si manipolano prodotti chimici o recipienti contenenti liquidi o prodotti organici (padelle, pappagalli, drenaggi, ecc...).

Corretto uso dei guanti: devono essere disponibili guanti in lattice e vinilici di misura piccola, media e grande; in caso di disturbi conseguenti all'uso di guanti (prurito, lesioni eritematose o altri disturbi) informare il Medico Competente.

Inoltre il lavoratore, valutati i rischi dell'intervento di emergenza e del luogo, dovrà indossare tutti gli altri D.P.I. (occhiali, mascherine, camici, cuffie).

9.4. Sorveglianza epidemiologica post-esposizione al rischio biologico

In caso di infortunio per ferita da taglio, per puntura accidentale o contaminazione cutaneo-mucosa:

- aumentare il sanguinamento (schiacciando a monte della ferita, senza tamponare);
- lavare abbondantemente con acqua e sapone;
- disinfettare;

- segnalare l'accaduto al C.R.P. come previsto dalla procedura all. 2 al Piano Sicurezza;
- iniziare la sorveglianza epidemiologica.

In caso di schizzo endooculare:

- lavare l'occhio con acqua corrente e/o fisiologica;
- tenere le palpebre aperte con due dita della mano;
- lasciare che il flusso del liquido venga a contatto con la parte anteriore dell'occhio;
- segnalare l'accaduto al C.R.P. come previsto dalla procedura all. 2 al Piano Sicurezza;
- seguire le istruzioni come per una ferita da taglio o puntura accidentale;
- iniziare la sorveglianza epidemiologica.

Decontaminazione superfici

Le superfici contaminate devono essere trattate con soluzioni di ipoclorito di sodio (candeggina) diluita 1:10 o 1:20 con un tempo di contatto di 10'.

10. RISCHIO CLINICO

Istituzionalmente l'attività di gestione del rischio clinico viene sviluppata a tutti i livelli di programmazione e controllo sanitario: nazionale, regionale, aziendale e di singole strutture operative.

Il Ministero della Salute nel 2003 ha istituito una Commissione tecnica che ha prodotto il documento "Risk management in sanità. Il problema degli errori" ed ha realizzato una prima indagine volta a conoscere lo stato di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie.

Definizione

Con "rischio clinico" si definisce la possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

10.1. Il rischio clinico e l'errore in medicina

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l'errore e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente.

L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente; l'evento avverso derivato da errore è definito "prevenibile". Ai fini della identificazione delle misure di preven-

zione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei quasi eventi o near miss.

Il Ministero della salute, con il supporto tecnico del gruppo di lavoro sulla sicurezza dei pazienti, ha elaborato il glossario per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico.

Una delle distinzioni più importanti è quella tra errore (o insufficienza) attivo ed errore (o insufficienza) **latente**. L'errore **attivo** è per lo più ben identificabile, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Gli errori latenti sono invece, per lo più, insufficienze organizzative gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo. La somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore attivo commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato che causa un danno, ma è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile. Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta. Se può essere relativamente semplice individuare l'errore attivo, può essere invece piuttosto complesso individuare tutte le insufficienze latenti presenti nel sistema: un errore nel sistema è molto probabile che induca una successione di altri errori, "secondari" e consequenziali al primo. L'effetto degli errori secondari può essere così evidente e rilevante da eclissare la gravità e la possibilità di identificare

e rilevare l'errore "primitivo".

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici: la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi.

Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile.

Le politiche di gestione del rischio, **volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi** e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il sistema di gestione del rischio clinico ossia "Clinical Risk Management".

La Nostra Azienda ha intenzione di attuare le seguenti azioni:

- Sperimentare modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi, anche finalizzati a ridurre la complessità dei processi organizzativi e produttivi ed a ottimizzare la comunicazione;
- Definire misure organizzative ed appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- Promuovere eventi di informazione e formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- Monitorare periodicamente e garantire un feedback informativo;
- Individuare un sistema di coordinamento per la gestione del rischio clinico;
- Affidare a ditta esterna specializzata il controllo elettrico e funzionale delle apparecchiature elettromedicali in

dotazione nelle ambulanze. (Verificare che le aziende selezionate per l'acquisto degli elettromedicali attuino delle procedure per il collaudo ed il controllo delle strumentazioni fornite).

- Verificare che ogni autista soccorritore controlli il corretto funzionamento delle strumentazioni in dotazione nell'ambulanza ad inizio turno.

10.2. Tecnologie sanitarie e D. Lgs. 81/08

I dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali in particolare sono configurabili come “attrezzature di lavoro” che l'azienda mette a disposizione degli operatori sanitari, verificato il rispetto dei requisiti essenziali riportati nelle direttive sui dispositivi medici. Il Datore di Lavoro deve attuare le misure tecniche ed organizzative adeguate per ridurre al minimo i rischi per il personale connessi all'uso delle attrezzature di lavoro, impedendone l'utilizzo per operazioni previste rispetto della destinazione d'uso prevista dal fabbricante. Negli articoli 70 e 71 del D. Lgs. 81/08 vengono sviluppati i temi della valutazione del rischio e della programmazione delle misure di prevenzione da attuare secondo gli aspetti salienti così sintetizzabili:

1. le attrezzature di lavoro messe a disposizione dei lavoratori devono soddisfare le disposizioni legislative e regolamentari in materia di tutela della sicurezza e salute dei lavoratori ad esse applicabili;

2. le attrezzature devono essere oggetto di idonea manutenzione al fine di garantire nel tempo la rispondenza ai requisiti di conformità e devono essere corredate, ove necessario, da apposite istruzioni d'uso;

3. le attrezzature devono essere adeguate al lavoro da svolgere, o adattate a tali scopi e idonee ai fini della sicurezza e della salute.

Inoltre, il D. Lgs. 81/08 impone al Datore di Lavoro di provvedere *affinché per ogni attrezzatura di lavoro messa a disposizione, i lavoratori incaricati dispongano di ogni informazione e di ogni istruzione d'uso necessaria in rapporto alla sicurezza*, relativamente a condizioni di impiego (anche sulla base delle conclusioni eventualmente tratte dalle esperienze acquisite nella fase di utilizzazione concreta) e situazioni anomale prevedibili. D'altro canto, lo stesso decreto prescrive ai lavoratori di ... curare le attrezzature messe loro a disposizione ... non apportandovi modifiche di propria iniziativa e segnalando immediatamente al Datore di Lavoro, al Dirigente o al Preposto, qualsiasi difetto o inconveniente da essi rilevato. La formazione e l'addestramento del personale diventano, così, un vero e proprio obbligo per minimizzare il "Rischio Residuo". Si tratta del livello di rischio minimo oggi raggiungibile, a cui è stato attribuito il significato di "ragionevole", ovvero un rischio residuo così piccolo da essere accettato.

Attrezzature ed elettromedicali. Ogni ambulanza è dotata di apparecchiature che nel tempo possono guastarsi o usurarsi. E' compito di ogni autista soccorritore curare le attrezzature messe a loro disposizione, non apportandovi modifiche di propria iniziativa e segnalando immediatamente al Datore di Lavoro qualsiasi difetto o inconveniente da essi rilevato e soprattutto verificarne l'idoneità all'inizio di ogni turno sotto il profilo igienico-sanitario. Tra le apparecchiature in dotazione bisogna sempre verificare il cor-

retto funzionamento degli elettromedicali, apparecchi elettrici, muniti di non più di una connessione ad una rete di alimentazione, destinati al trattamento del paziente sotto la supervisione del medico.

La loro sostituzione avviene tramite richiesta fatta dagli autisti soccorritori al C.R.P. che si occuperà di aprire il ticket e di inviarlo all'UPP. Quest'ultimo, in base all'urgenza, invia richiesta all'Ufficio Acquisti – area elettromedicali per provvede alla sostituzione.

Il materiale usurato e gli elettromedicali guasti vengono inviati all'Ufficio Acquisti – area elettromedicali per lo smaltimento o riparazione.

10.3. Il Rischio clinico e la S.E.U.S. SCpA

La S.E.U.S. SCpA, al fine di gestire il rischio clinico presso le postazioni dislocate sul territorio siciliano prevede di assegnare le verifiche elettriche e funzionali delle apparecchiature elettromedicali in dotazione alle ambulanze ad una ditta esterna specializzata

Attraverso apposito bando sarà selezionata una ditta esterna che esegua in modo ottimale i seguenti compiti:

- verificare la conformità delle apparecchiature alla Norma CEI 62.5., norma UN 10 146/92; Dlgs 81/08 ; Dlgs 557/ del 27/04/1195 .

- Creare le schede tecniche per ogni apparecchiatura;
- Apporre una targhetta identificativa
- occuparsi della manutenzione
- verificare la sicurezza elettrica;
- verificare le prestazioni;
- consegnare un report di tutte le verifiche effettuate, sia in formato cartaceo che elettronico;
- consegnare tutte le attestazioni comprovanti il rispetto

delle tarature/calibrazioni degli strumenti di misura utilizzati. Tali attestazioni dovranno essere riferite a campioni primari (SIT).

Obiettivo del contratto è quindi la realizzazione di un servizio unitario di progettazione e di gestione di alcuni servizi estranei al core business aziendale e, per tale motivo esternalizzabili, attraverso un processo globale e unitario (nei suoi diversi aspetti di carattere operativo, tecnico, procedurale ed esecutivo) impostato come un “servizio” che garantisca la qualità e la funzionalità delle apparecchiature elettromedicali.

BIBLIOGRAFIA

- Decreto Regionale (Regione siciliana) n° 33793 dell'8 gennaio 2001-“Linee guida per l'organizzazione funzionale dei presidi territoriali di emergenza e della rete dell'emergenza-urgenza”
- Decreto 30 aprile 2010 (Regione siciliana) - Linee guida - Protocolli e procedure Servizio S.U.E.S. 118 - pubblicate sulla GURS n°24 del 21/05/2010.
- Metodologia per un soccorso di qualità - approfondimento pubblicato su “Obiettivo Sicurezza”, rivista ufficiale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ,
- Manuale di pronto soccorso e interventi di emergenza – IX edizione – McGraw-Hill
- C.C.N.L. AIOP ARIS E FDG
- Testo unico – D. Lgs 81 del 2008
- PdE – Rivista di Psicologia applicata all'emergenza alla sicurezza e all'ambiente.

SITI INTERNET

www.puntosicuro.it

www.obiettivosicurezza.vigilidelfuoco.it

www.salute.gov.it

www.lavoro.gov.it

www.regione.sicilia.it

Hanno contribuito alla stesura del Manuale Operativo di Sicurezza:

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

Il Medico Competente

Il gruppo di lavoro del Servizio di Prevenzione e Protezione

e tutti i dipendenti che negli anni hanno collaborato alla stesura del

PIANO DELLA SICUREZZA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA - URGENZA

n. copia _____

consegnata al dipendente _____

n. tesserino _____

