

ARTICOLO DI PUNTOSICURO

Anno 6 - numero 939 di venerdì 13 febbraio 2004

Il Decreto 388/2003 dal punto di vista di un medico del 118 (1/2)

A cura del dott. Mauro Batisti. "Decreto 15 luglio 2003, n. 388 sul Pronto Soccorso Aziendale: un'occasione in parte mancata". (Presentate anche interessanti considerazioni riguardanti il contenuto della cassetta di pronto soccorso).

Nella Gazzetta Ufficiale n° 27 (Serie Generale) del 3 Febbraio 2004, con qualche anno di ritardo, è stato finalmente pubblicato il Decreto 15 luglio 2003, n. 388, decreto attuativo del D.Lgs 626/94 relativamente all'organizzazione del pronto soccorso in azienda.

Il testo del Decreto 388/2003 contiene, come del resto in tutta la nostra legislazione, luci ed ombre.

Fra gli aspetti positivi dobbiamo apprezzare il riferimento e l'integrazione con il DPR 27/3/1992 che ridefinisce ed uniforma il sistema di emergenza sanitaria ospedaliero e territoriale coordinato dalle centrali operative 118.

Non si può infatti parlare di Primo Soccorso senza l'attivazione del 118, azione che spetta al singolo cittadino, nel nostro caso al cittadino ? lavoratore, e rappresenta il "primo anello" della catena della sopravvivenza. Nella organizzazione pratica all'interno delle singole aziende questo aspetto dell'allarme deve essere prioritario.

A questo scopo il Decreto 388/2003 obbliga alla dotazione di un sistema di comunicazione finalizzato alla chiamata di allarme, che consiste ordinariamente nei normali apparecchi per la telefonia fissa o mobile. Questo obbligo che poteva apparire scontato in realtà non era e non è sempre garantito automaticamente in alcuni luoghi di lavoro. Quante volte è capitato che una chiamata di emergenza sia stata ritardata per la indisponibilità di un telefono nei pressi del luogo dell'evento!

Un altro aspetto positivo, che comunque poteva essere meglio definito soprattutto in relazione all'ubicazione territoriale delle aziende o dei singoli luoghi di lavoro, è quello che riguarda la classificazione delle Aziende in tre gruppi. Il rischio è infatti connesso anche con il tempo di intervento del servizio di Emergenza sanitaria.

Anche se è vero che nelle linee guida del sistema 118 dovrebbe essere garantito l'arrivo di un mezzo di soccorso sanitario avanzato in otto minuti in area urbana ed in venti minuti in area rurale ma in alcune circostanze ed in alcune aree disagiate questi tempi possono essere di gran lunga superati. A questo proposito è auspicabile che nelle aziende o nei luoghi di lavoro ubicati in punti remoti o disagiati del territorio si provveda alla redazione di procedure specifiche per l'intervento dell'Elisoccorso, con l'identificazione di un area idonea all'atterraggio, la mappatura geografica, la mappatura di ostacoli aerei ecc.

In questo modo si darebbe piena attuazione al comma 1 dell'art 1 ed al comma 4 dell'art 2 del nostro 388. Quando si parla di "raccordo" (art.2 comma 4) fra il sistema di emergenza interno e quello di Emergenza Sanitaria Territoriale, che di fatto consiste nell'adozione da parte dell'azienda di procedure di allarme, di primo soccorso, di predisposizione all'arrivo dei soccorsi conformi e coerenti con quelle adottate dal sistema 118, sarebbe auspicabile che questo non riguardasse solo le aziende del gruppo "A" ma anche le B e le C che possono comunque aver bisogno di interventi di soccorso.

Nel comma 5 dell'art 2 possiamo identificare un altro aspetto positivo del decreto e cioè la tutela di lavoratori che operano in luoghi isolati con l'obbligo della dotazione di un sistema di comunicazione e di un pacchetto di medicazione.

Alcune considerazioni vanno fatte sull'art 3 che riguarda la formazione degli addetti al Pronto Soccorso. Possiamo concordare con tutti i commi ed anche sulla durata e sui contenuti del programma di formazione. Riteniamo altresì importante e corretta l'identificazione dei docenti nelle figure del medico, degli specialisti dei servizi di emergenza e degli infermieri professionali, visto che in passato si narrano esperienze di "formatori" provenienti dagli ambienti più disparati.

In questa occasione andavano meglio definiti i criteri di nomina degli addetti, il numero in rapporto all'estensione dell'azienda, delle unità produttive, delle lavorazioni in turni. Nelle linee guida di applicazione della 626 si parlava infatti di "almeno due addetti presenti" ma questo non è stato ridefinito.

Un altro aspetto che a mio avviso andava meglio definito è quello che riguarda la "sanatoria" di corsi fatti precedentemente al 3 agosto 2004 (e quindi molti che ancora possono essere fatti) senza un minimo di garanzia. Comunque anche per questi corsi vale l'aggiornamento entro tre anni per cui potranno pian piano essere riaggiornati.

Per quanto riguarda il monte ore delle due tipologie di corso ed il programma indicato, quanto previsto dal decreto è pienamente

condivisibile, tuttavia sarebbe stato opportuno un riferimento alle Linee Guida attualmente riconosciute sulla formazione (BLS, PHTLS ecc) e soprattutto l'inserimento di un tetto al rapporto docente/allievi. Senza tale riferimento si rischia di assistere a formazioni meramente speculative con grupponi di decine di partecipanti senza garanzia di qualità di apprendimento. Fin qui , di fatto, il giudizio complessivo del decreto 388 è tutto sommato positivo. Riguardo invece al " famoso " contenuto minimo della Cassetta di Pronto Soccorso e del Pacchetto di Medicazione, che per lunghi anni è stato la dannazione di molte aziende e di molti lavoratori, ritengo che non siano stati fatti grossi passi avanti e ci troviamo di fronte nuovamente un elenco che suscita non pochi dubbi.

Riguardo ai contenuti minimi ritengo debbano essere fatte alcune considerazioni.

Guanti sterili 5 paia

In tutti gli interventi di soccorso territoriali dall'ambulanza all'elicottero i guanti sterili vengono utilizzati in pochissimi casi essendo sufficienti guanti monouso anche non sterili. Il mio consiglio è quello di integrare alcune paia di guanti monouso non sterili, preferibilmente in nitrile e non in lattice. (Il nitrile garantisce migliore protezione, nel caso si debba aver contatto con aree della pelle contaminate da oli o sostanze ed inoltre il nitrile è meno allergizzante)

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1)

Ritengo questa scelta corretta per il tipo di disinfettante indicato, che attualmente è quello più utilizzato nel sistema dell'emergenza, ma francamente appare paradossale la confezione da un litro . Immaginate la maneggevolezza di una cosa del genere per medicare una piccola ferita, oltre al fatto che una volta aperto ogni prodotto tende a denaturarsi ed a perdere quelle caratteristiche di sterilità. In condizioni di utilizzo corrente, quale può essere quello di una comune azienda, un litro di questo prodotto dovrebbe essere sufficiente per alcuni anni. Confidiamo in una svista del Ministero e nella clemenza necessaria a consentirci di usare lo stesso prodotto ma in contenitori più piccoli, massimo da 250 ml in modo da avere sempre disinfettante più fresco in una forma maneggevole.

Fra i disinfettanti è scomparsa l'acqua ossigenata che in alcune ferite rappresenta ancora una sicurezza contro germi anaerobi , ed è scomparso anche il clorossidante che rappresentava un ottimo prodotto per decontaminare ambienti sporchi di sangue. Si auspica che questi due prodotti restino nelle aziende magari indicati fra le integrazioni obbligatorie di competenza del Medico del Lavoro.

Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro ? 0,9 %) da 500 ml (3 flaconi)

La soluzione fisiologica è indicata nel lavaggio di alcune ferite ma nella fase di primo soccorso può essere sufficiente l'acqua potabile . Anche per il primo soccorso all'ustionato occorre raffreddare con acqua per almeno 15 minuti e stesso discorso vale per la decontaminazione da sostanze . Inoltre i flaconi di soluzione fisiologica per essere utilizzati ai fini di lavaggio vanno stappati completamente e le confezioni attualmente in commercio, essendo concepite come infusioni, non rendono assolutamente agevole tale manovra(sigilli in alluminio che vanno tagliati, ghiera in alluminio o plastica di non agevole rimozione ecc) . A mio parere, quindi inserendo 3 flaconi di soluzioni fisiologica nella dotazione minima della cassetta di Pronto Soccorso, il legislatore ha imposto l'obbligo di inserire un elemento utile, ma in realtà non indispensabile. Consideriamo inoltre che fra il disinfettante e la fisiologica il peso della cassetta è già gravato di circa 3 kg.

Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10 compresse)

Ci sembra un quantitativo ragionevole se intendiamo come compressa la busta di garza 10x10 composta da 10 strati di garze.

Compresse di garza sterile 18x40 in buste singole (2 buste o scatole?)

Se con "2" intendiamo due buste di 18 x 40 questo mi sembra chiaramente insufficiente , se invece intendiamo due scatole standard da 12 il quantitativo mi pare adeguato.

Teli sterili monouso (2 teli)

Appreziamo questo inserimento, che spesso è indispensabile, ma sarebbe stata importante una indicazione sulle misure minime che riteniamo non possano scendere al di sotto del 50x60 preferibilmente il 100x100. Vista la tendenza "minimale" di molti produttori non ci stupiremmo di trovare "teli sterili" di 15 x 15!

Pinzette da medicazione sterili monouso (2)

Riguardo al fatto che siano richieste pinzette "sterili", una sola considerazione: difficilmente in azienda, nella fase di primo soccorso , può essere mantenuto un campo sterile e tutto sommato raramente la sterilità rappresenta una priorità assoluta in questa fase.

Confezione di rete elastica di misura media (1)
Confezione di cotone idrofilo (1)
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2)
Nulla da considerare.

Rotoli di cerotto alto cm 2,5 (2)

Il cerotto a rotolo nelle operazioni di soccorso è estremamente importante e concordiamo pienamente con la misura idonea di 2 cm e mezzo e con il fatto che ce ne siano almeno due rotoli

Un paio di forbici

Avremo preferito l'aggiunta "taglia abiti" poiché in molte cassette troviamo forbicine "finte" che non servono assolutamente a nulla.

Lacci emostatici (3)

Anche in questo caso avremmo preferito l'aggiunta "arterioso", l'unico laccio che possiamo definire emostatico nella fase di primo soccorso. Se si continuano a posizionare nelle cassette al posto del laccio emostatico arterioso i lacci di lattice da prelievo immaginiamoci il successo in caso di sanguinamento potenzialmente mortale da un'arteria femorale!

Ghiaccio pronto uso (due confezioni)

Una delle indicazioni più importanti all'utilizzo del ghiaccio è indubbiamente la protezione di una parte amputata ed in questo caso due buste sono francamente insufficienti

Sacchetti per i rifiuti (2)

Inserimento apprezzabile per contenere le contaminazioni da sangue

Termometro

A tale proposito si deve sottolineare la necessità di insegnare l'interpretazione del dato.

Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa

Su questo inserimento occorre fare qualche considerazione di ordine pratico. La prima è che nell'allegato non viene specificato se occorre un modello manuale o un modello elettronico automatico. Per l'utilizzo corretto dell'apparecchio manuale è necessario un buon addestramento e soprattutto un utilizzo frequente altrimenti la percezione dei toni non è agevole. L'apparecchio elettronico è di più facile utilizzo anche se l'affidabilità cambia in base ai modelli. Ma a prescindere da queste note tecniche sono altre le considerazioni più importanti. In primo luogo nelle procedure di primo soccorso e di rianimazione di base che possono essere di pertinenza del soccorritore cosiddetto "laico", cioè non appartenente alle professioni sanitarie, la misurazione della pressione arteriosa non è mai prevista né ritenuta un dato indispensabile. Infatti né le procedure BLS (Basic Life Support) né le procedure PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support) prevedono la misurazione della pressione. In altre condizioni che possiamo raccogliere nel gruppo dei cosiddetti "malori" la misurazione della pressione arteriosa può rappresentare solo uno dei tanti criteri di inquadramento clinico e rappresenta pertanto un parametro di "diagnosi" che non può essere affidato ad un soccorritore occasionale. Ammettiamo che un addetto al pronto soccorso misuri la pressione ad un collega che "si sente male" e trovi un valore di 110/65. Le domande che si pongono sono tante: il valore è attendibile? Il valore è normale per quella persona? Il valore come si associa agli altri sintomi che la persona manifesta? ed alla fine, che decisione prendiamo sul destino di questa persona, si accompagna a casa, si porta all'ospedale ecc? Come si vede i problemi non sono di poco conto ed anche quando che si decide di chiamare il 118 la comunicazione del dato della pressione, non potendo essere ritenuto dall'operatore di centrale attendibile non aggiunge nulla alla valutazione. Sintesi del commento: strumento di fatto inutile se non propriamente dannoso sia per la persona assistita che per il soccorritore occasionale che rischia di essere gravato di responsabilità non proprie.

[Continua]

[La seconda parte dell'articolo sarà pubblicata sul numero di lunedì 16 febbraio 2004].

Articolo a cura del dott. Mauro Batisti, Presidente Nazionale del COMET (Coordinamento Medici Emergenza Territoriale). Il dott. Batisti lavora presso "118 FIRENZE SOCCORSO".

