

La normativa nelle maxiemergenze

Lo scopo di questo documento è quello di fornire uno schema il più possibile completo della normativa sanitaria che disciplina gli interventi di supporto alla popolazione in caso di **maxiemergenze**, ossia in quelle condizioni nelle quali si viene a determinare *una sproporzione tra la richiesta di soccorso emergente e le risorse immediatamente disponibili a livello locale per fronteggiarla*.

Sinonimi di **maxiemergenza** sono, dunque, **catastrofe** [evento improvviso e per lo più inatteso, che determina gravissimi danni per la collettività che lo subisce, sia sul piano umano (coinvolgimento di persone), sia sul piano materiale (deterioramento o distruzione dell'ambiente in cui si trova la popolazione colpita)] ed **incidente maggiore** [evento nel quale le strutture di soccorso territoriali rimangono integre, c'è un ridotto coinvolgimento di feriti (>10 - <50), l'estensione territoriale è limitata, l'estensione temporale è < 24 ore].



Nelle situazioni di maxiemergenza la *mission* di coloro che si occupano del soccorso è quella di *salvare il maggior numero possibile di vittime gestendo lo squilibrio tra le risorse disponibili e le necessità della popolazione colpita e cercando di curare non solo le lesioni fisiche, ma anche quelle psicologiche, dipendenti dal coinvolgimento in un evento straordinario*.

Come è facile comprendere, il raggiungimento di un tale obiettivo richiede un intervento strutturato e coordinato di uomini e mezzi che non può prescindere dall'elaborazione di piani di intervento il più dettagliati possibile.

In questo senso si è mossa la **Normativa Italiana** che nel corso degli anni si è dimostrata sempre più sensibile al problema con l'emanazione di una serie di documenti atti a fornire linee guida generali di programmazione, nello sforzo di uniformare una disciplina complessa, pur rispettando le individualità locali e regionali.

Nella gestione delle maxiemergenze un ruolo di primo piano spetta al **Dipartimento di Protezione Civile**, organismo che dispone di una organizzazione paramilitare che ben si adatta all'impostazione dottrinale e organizzativa della **Medicina delle Catastrofi**, mutuata dall'esperienza bellica, i cui strumenti comprendono:

- la **strategia**, ovvero l'elaborazione dei piani di soccorso,
- la **logistica**, ovvero l'insieme di personale, mezzi e materiali che sostengono i piani,
- la **tattica**, ovvero l'applicazione dei piani con lo svolgimento della **catena dei soccorsi**.

Con la **Legge 24 febbraio 1992 , n. 225 (Istituzione del Servizio nazionale della protezione civile)** viene istituito il Servizio Nazionale di Protezione Civile.

La Protezione Civile (PC) è un insieme coordinato di strutture ed Enti specializzati che collaborano nelle varie attività con un'unica finalità operativa. Il sistema sanitario è parte del sistema di protezione civile.

SISTEMA NAZIONALE DI PROTEZIONE CIVILE

- Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco
- Forze Armate
- Polizia di Stato
- Arma dei Carabinieri
- Guardia di Finanza
- **Sistema Sanitario Nazionale**
- Corpo Forestale dello Stato
- ISPRA - Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale
- C.N.R. Consiglio Nazionale di Ricerca
- Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia
- E.N.E.A.
- Croce Rossa Italiana
- Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico
- Organizzazioni Volontariato
- Servizi Tecnici



L'articolo 2 della legge 225 disciplina la tipologia degli eventi e gli ambiti di competenze della PC e distingue gli eventi in tre tipi (comma 1):

TIPOLOGIA EVENTI ai fini dell'attività di Protezione Civile Legge n. 225 del 24.02.1992

- eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che possono essere fronteggiati mediante interventi attuabili dai singoli enti e amministrazioni competenti in via ordinaria**
- eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che per loro natura ed estensione comportano l'intervento coordinato di più enti o amministrazioni competenti in via ordinaria**
- calamità naturali, catastrofi o altri eventi che, per intensità ed estensione, debbono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari**

L'articolo 3 della legge 225 definisce le attività ed i compiti della Protezione Civile

Previsione delle varie ipotesi di rischio	<ul style="list-style-type: none"> • studio e determinazione delle cause dei fenomeni calamitosi, • identificazione dei rischi • individuazione delle zone del territorio soggette ai rischi stessi
Prevenzione delle varie ipotesi di rischio	<ul style="list-style-type: none"> • evitare o ridurre al minimo la possibilità che si verifichino danni conseguenti agli eventi di cui all'articolo 2 anche sulla base delle conoscenze acquisite per effetto delle attività di previsione
Soccorso delle popolazioni sinistrate	<ul style="list-style-type: none"> • attuazione di interventi diretti ad assicurare alle popolazioni colpite ogni forma di prima assistenza
Superamento dell'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> • attuazione, coordinata con gli organi istituzionali competenti, delle iniziative necessarie ed indilazionabili volte a rimuovere gli ostacoli alla ripresa delle normali condizioni di vita

Tali attività e compiti di PC si realizzano con il supporto della **Commissione Nazionale per la previsione e la prevenzione dei grandi rischi** (articolo 9, comma 1), che è organo consultivo e propositivo del Servizio Nazionale di PC su tutte le attività di protezione civile volte alla previsione e prevenzione delle varie ipotesi di rischio. La Commissione fornisce le indicazioni necessarie per la definizione delle esigenze di studio e ricerca in materia di PC, procede all'esame dei dati forniti dalle istituzioni ed organizzazioni preposte alla vigilanza degli eventi previsti dalla presente legge ed alla valutazione dei rischi connessi e degli interventi conseguenti. Il **Decreto ministeriale del 7 ottobre 2011 relativo alla riorganizzazione della Commissione nazionale per i grandi rischi, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 304 del 31 dicembre 2011** ha recentemente aggiornato composizione e compiti della Commissione Nazionale Grandi Rischi.

Decreto ministeriale del 7 ottobre 2011 relativo alla riorganizzazione della Commissione nazionale per i grandi rischi, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 304 del 31 dicembre 2011

Art. 1 - Articolazione e composizione

1. La Commissione nazionale per la previsione e la prevenzione dei grandi rischi si articola in un Ufficio di Presidenza e in cinque settori inerenti le diverse tipologie di rischio, di seguito elencati:
settore rischio sismico;
settore rischio vulcanico;
settore rischi meteo-idrologico, idraulico e di frana;
settore rischi chimico, nucleare, industriale e trasporti;
settore rischio ambientale e incendi boschivi.
2. L'Ufficio di Presidenza è composto da un presidente emerito, da un presidente e da un vicepresidente con funzione anche di presidente vicario, scelti tra indiscusse e riconosciute personalità di alto prestigio scientifico, culturale ed istituzionale, e dai referenti dei settori di rischio, di cui al successivo comma 3.
3. Ogni settore di rischio, di cui al comma 1, è composto da rappresentanti dei Centri di competenza, di cui al decreto del Capo Dipartimento della protezione civile n. 3593 del 20 luglio 2011, e da altri esperti di comprovata esperienza in materia, per un numero complessivo compreso tra 5 e 12. Per ogni settore verrà individuato un referente.
4. Alla nomina dei componenti della Commissione si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Con il medesimo decreto si procede, altresì, alla designazione dei referenti dei settori, di cui al comma 3.

Art. 2 - Compiti

1. La Commissione Nazionale per la previsione e la prevenzione dei grandi rischi fornisce al Dipartimento della protezione civile pareri di carattere tecnico-scientifico su quesiti posti dal Capo del Dipartimento della protezione civile, in relazione alle diverse tipologie di rischio.

2. In relazione alle problematiche affrontate per rispondere ai quesiti suddetti la Commissione può fornire al Dipartimento anche indicazioni per migliorare le capacità di valutazione, previsione e prevenzione dei diversi rischi.

Art. 3 - Organizzazione e funzionamento

1. La Commissione si riunisce di regola per singoli settori di rischio o, per l'esame di questioni interdisciplinari o di particolare rilevanza, a settori congiunti. La Commissione, inoltre, si riunisce in seduta plenaria almeno una volta l'anno per la verifica delle attività svolte e per la programmazione annuale delle iniziative.
2. Le convocazioni sono disposte dal Presidente su richiesta del Capo del Dipartimento della protezione civile oppure con decisione dell'Ufficio di Presidenza, sentito il Capo del Dipartimento della protezione civile, con indicazione degli argomenti posti all'ordine del giorno, con preavviso di almeno sette giorni, salvo i casi di esposizione al pericolo di rischi nei settori di cui al comma 1 dell'art. 1, per i quali la Commissione può essere convocata con urgenza. Negli stessi termini è resa disponibile la relativa documentazione.
3. Il Capo del Dipartimento può, altresì, richiedere in ogni momento al Presidente di dare mandato alla Commissione o ad alcuni suoi componenti di effettuare ricognizioni, verifiche ed indagini.
4. Qualora si rilevi la necessità di approfondire problematiche specifiche e territorialmente localizzate, è prevista la partecipazione alle riunioni di rappresentanti delle competenti Commissioni grandi rischi regionali o degli equivalenti comitati o organismi di consulenza tecnico-scientifica.
5. Al fine di disporre di ulteriori contributi tecnico-scientifici, il Presidente può invitare a partecipare alle riunioni senza diritto di voto anche esperti esterni.
6. Il vicepresidente sostituisce il presidente nelle relative funzioni in caso di suo impedimento o assenza.
7. La Commissione si riunisce di norma presso la sede del Dipartimento della protezione civile, opera con la metà dei componenti convocati e delibera a maggioranza dei presenti. Le riunioni possono essere svolte anche per via telematica.

Un documento normativo essenziale per gli scopi di questa trattazione, che affronta le maxi-emergenze dal punto di vista sanitario, è il **DPR 27 marzo 1992** (aggiornato il 15 dicembre 2005) - **Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza**- pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 marzo 1992, n. 76; tale documento *individua le condizioni per assicurare i livelli di assistenza sanitaria di emergenza in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, attraverso un complesso di servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento della Centrale Operativa.*

DPR 27 marzo 1992 (aggiornato il 15 dicembre 2005) - Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza- Gazzetta Ufficiale del 31 marzo 1992, n. 76

Articolo 2. Il sistema di emergenza sanitaria:

1. le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano organizzano le attività di urgenza e di emergenza sanitaria articolate su:
 - a) sistema di allarme sanitario
 - b) sistema di accettazione e di emergenza sanitaria.

Articolo 3. Il sistema di allarme sanitario

1. il sistema di allarme sanitario è assicurato dalla centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale 118. Alla centrale operativa affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria. La centrale operativa garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento.
2. Le centrali operative della rete regionale devono essere compatibili tra loro e con quelle delle altre regioni e province autonome di Trento e Bolzano in termini di standard telefonici, di comunicazione e di servizi per consentire la gestione del traffico interregionale.
3. L'attivazione della centrale operativa comporta il superamento degli altri numeri di emergenza sanitaria.
4. Le centrali operative sono organizzate di norma su base provinciale.
5. Le centrali operative assicurano i radiocollegamenti con le autoambulanze e gli altri mezzi di soccorso coordinati e con i servizi sanitari del sistema di emergenza sanitaria del territorio di

riferimento su frequenze dedicate e riservate al SSN.

Articolo 4. Competenze e responsabilità nelle centrali operative

2. la centrale operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio. Queste devono essere immediatamente consultabili e sono assicurate nominativamente, anche a rotazione, da medici dipendenti con esperienza nel settore dell'urgenza ed emergenza e da medici del servizio di guardia medica.

Articolo 5. Disciplina delle attività

1. Gli interventi sono classificati con appositi codici**.
2. L'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del servizio sanitario nazionale.
3. Ai fini dell'attività di cui al precedente comma, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi del concorso di enti e associazioni pubbliche e private in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria

Articolo 6. Il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria

1. Il sistema di emergenza sanitaria assicura:
 - a) il servizio di pronto soccorso;
 - b) il dipartimento d'emergenza.

Articolo 7. Le funzioni di pronto soccorso

1. l'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico clinico strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.

Articolo 8. Le funzioni del dipartimento di emergenza

1. il dipartimento di emergenza deve assicurare nell'arco delle 24 ore, anche attraverso le unità specialistiche di cui è dotato l'ospedale, oltre alle funzioni di pronto soccorso anche:
 - a) interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici;
 - b) osservazione breve, assistenza cardiologica e rianimatoria.

**DECRETO 15 maggio 1992 - Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza. (G.U. Serie Generale n. 121 del 25 maggio 1992)

Una volta normati il sistema e i mezzi si è sentito il bisogno di unificare gli indirizzi della pianificazione d'emergenza, il che ha portato all'elaborazione da parte di funzionari del Dipartimento della Protezione Civile e del Ministero dell'Interno del **Metodo Augustus - D.N.P.C 1994**.

Il cosiddetto metodo Augustus è un sistema di linee guida che parte dalla famosa massima di Cesare Augusto - *“Il valore della pianificazione diminuisce con la complessità dello stato delle cose”* - e che ha lo scopo di fornire un indirizzo per la pianificazione di emergenza, che sia flessibile secondo i rischi presenti nel territorio, e di delineare con chiarezza un metodo di lavoro semplificato nell'individuazione e nell'attivazione delle procedure per coordinare con efficacia la risposta di protezione civile.

Nel metodo Augustus sono ben delineate le competenze degli Enti territoriali e viene sviluppato un sistema basato sull'istituzione di **Funzioni di Supporto** nelle sale operative. I **Centri Operativi** sono organizzati in **Funzioni di Supporto**, ossia in specifici ambiti di attività, ognuna delle quali ha un responsabile, che ha conoscenza di ciò di cui dispone e controlla e rende disponibile ciò di cui dispone.



L'istituzione delle Funzioni di Supporto permette di raggiungere due obiettivi primari per rendere efficace ed efficiente il piano di emergenza:

1. avere per ogni Funzione di Supporto la disponibilità delle risorse fornite da tutte le amministrazioni pubbliche e private che vi concorrono;
2. affidare ad un responsabile della Funzione di Supporto sia il controllo della specifica operatività, sia l'aggiornamento di questi dati nell'ambito del piano di emergenza.

Inoltre far lavorare in “tempo di pace” i vari responsabili delle Funzioni di Supporto per l'aggiornamento del piano di emergenza fornisce l'attitudine alla collaborazione in situazioni di emergenza, dando immediatezza alle risposte di Protezione Civile che vengono coordinate nelle Sale Operative.

Le Funzioni di Supporto da attivare sono generalmente 9 per i comuni e 14 per le provincie e le regioni.

L'ubicazione della Sala Operativa dovrà essere individuata in sedi non vulnerabili e facilmente accessibili.

Configurazione delle 14 Funzioni di Supporto

1. TECNICA E DI PIANIFICAZIONE

Questa funzione comprende i Gruppi Nazionali di ricerca ed i Servizi Tecnici nazionali e locali. Il referente sarà il rappresentante del Servizio Tecnico del comune o del Genio Civile o del Servizio Tecnico Nazionale, prescelto già in fase di pianificazione; dovrà mantenere e coordinare tutti i rapporti tra le varie componenti scientifiche e tecniche per l'interpretazione fisica del fenomeno e dei dati relativi alle reti di monitoraggio.

2. SANITÀ, ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA

Saranno presenti i responsabili del Servizio Sanitario locale, la C.R.I., le Organizzazioni di volontariato che operano nel settore sanitario. In linea di massima il referente sarà il rappresentante del Servizio Sanitario Locale.

3. MASS-MEDIA ED INFORMAZIONE

La sala stampa dovrà essere realizzata in un locale diverso dalla Sala Operativa. Sarà cura dell'addetto stampa stabilire il programma e le modalità degli incontri con i giornalisti. Per quanto concerne l'informazione al pubblico sarà cura dell'addetto stampa, coordinandosi con i sindaci interessati, procedere alla divulgazione della notizia per mezzo dei mass-media. Scopi principali sono: informare e sensibilizzare la popolazione; far conoscere le attività; realizzare spot, creare annunci, fare comunicati; organizzare tavole rotonde e conferenze stampa.

4. VOLONTARIATO

I compiti delle Organizzazioni di volontariato, in emergenza, vengono individuati nei piani di protezione civile in relazione alla tipologia del rischio da affrontare, alla natura ed alla specificità delle attività esplicitate dalle Organizzazioni e dai mezzi a loro disposizione. Pertanto, in Sala Operativa, prenderà posto il coordinatore indicato nel piano di protezione civile che avrà il compito di mantenere i rapporti con la consulta provinciale per il volontariato. Il coordinatore provvederà, in «tempo di pace», ad organizzare esercitazioni congiunte con altre forze preposte all'emergenza al fine di verificare le capacità organizzative ed operative delle suddette Organizzazioni.

5. MATERIALI E MEZZI

La funzione di supporto in questione è essenziale e primaria per fronteggiare una emergenza di qualunque tipo. Questa funzione censisce i materiali ed i mezzi in dotazione alle amministrazioni; sono censimenti che debbono essere aggiornati costantemente per passare così dalla concezione del "censimento" delle risorse alla concezione di "disponibilità" delle risorse. Si tratta di avere un quadro delle risorse suddivise per aree di stoccaggio. Per ogni risorsa si deve prevedere il tipo di trasporto ed il tempo di arrivo nell'area dell'intervento. Alla gestione di tale funzione concorrono i materiali e mezzi comunque disponibili. Nel caso in cui la richiesta di materiali e/o mezzi non possa essere fronteggiata a livello locale, il coordinatore rivolgerà richiesta a livello centrale.

6. TRASPORTO, CIRCOLAZIONE E VIABILITÀ

La funzione riguardante il trasporto è strettamente collegata alla movimentazione dei materiali, al trasferimento dei mezzi, ad ottimizzare i flussi lungo le vie di fuga ed al funzionamento dei cancelli di accesso per regolare il flusso dei soccorritori. Questa funzione di supporto deve necessariamente operare a stretto contatto con il responsabile della funzione 10, "Strutture Operative". Per quanto concerne la parte relativa all'attività di circolazione e viabilità il coordinatore è normalmente il rappresentante della Polstrada o suo sostituto; concorrono per questa attività, oltre alla Polizia Stradale, i Carabinieri ed i Vigili Urbani: i primi due per il duplice aspetto di Polizia giudiziaria e di tutori della legge e gli altri per l'indiscussa idoneità nella gestione della funzione in una emergenza a carattere locale. Si dovranno prevedere esercitazioni congiunte tra le varie forze al fine di verificare ed ottimizzare l'esatto andamento dei flussi lungo le varie direttrici.

7. TELECOMUNICAZIONI

Questa funzione dovrà, di concerto con il responsabile territoriale delle aziende di telecomunicazioni, con il responsabile provinciale P.T. con il rappresentante dell'associazione di radioamatori presente sul territorio, organizzare una rete di telecomunicazione alternativa affidabile anche in caso di evento di notevole gravità. Il responsabile di questa funzione è normalmente un esperto di telecomunicazioni.

8. SERVIZI ESSENZIALI

In questa funzione prenderanno parte i rappresentanti di tutti i servizi essenziali erogati sul territorio coinvolto. Mediante i Compartimenti Territoriali e le corrispondenti sale operative nazionali o regionali deve essere mantenuta costantemente aggiornata la situazione circa l'efficienza e gli interventi sulla rete. L'utilizzazione del personale addetto al ripristino delle linee e/o delle utenze è comunque coordinata dal rappresentante dell'Ente di gestione presente nella funzione.

9. CENSIMENTO DANNI A PERSONE E COSE

L'effettuazione del censimento dei danni a persone e cose riveste particolare importanza al fine di fotografare la situazione determinatasi a seguito dell'evento calamitoso per determinare sulla base dei risultati riassunti in schede riepilogative gli interventi d'emergenza. Il responsabile della suddetta funzione, al verificarsi dell'evento calamitoso, dovrà effettuare un censimento dei danni riferito a: persone, edifici pubblici, edifici privati, impianti industriali, servizi essenziali, attività produttive, opere di interesse culturale, infrastrutture pubbliche, agricoltura e zootecnia. Per il censimento di quanto descritto il coordinatore di questa funzione si avvarrà di funzionari dell'Ufficio Tecnico del Comune o del Genio Civile e di esperti del settore sanitario, industriale e commerciale. È ipotizzabile l'impiego di squadre miste di tecnici per le verifiche speditive di stabilità che dovranno essere effettuate in tempi necessariamente ristretti.

10. STRUTTURE OPERATIVE S.a.R.

Il responsabile della suddetta funzione, dovrà coordinare le varie strutture operative presenti presso il CCS e i COM: Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, Forze Armate, Forze dell'Ordine, Corpo Forestale dello Stato, Servizi Tecnici Nazionali, Gruppi Nazionali di Ricerca Scientifica, Croce Rossa Italiana, Strutture del Servizio, sanitario nazionale, Organizzazioni di volontariato, Corpo Nazionale di soccorso alpino.

11. ENTI LOCALI

In relazione all'evento il responsabile della funzione dovrà essere in possesso della documentazione riguardante tutti i referenti di ciascun Ente ed Amministrazioni della zona interessata all'evento. Si dovranno anche organizzare gemellaggi fra le Amministrazioni comunali colpite, le "municipalizzate" dei comuni o delle regioni che portano soccorso per il ripristino immediato dei servizi essenziali (riattivazione delle discariche, acquedotto, scuole, servizi vari etc.).

12. MATERIALI PERICOLOSI

Lo stoccaggio di materiali pericolosi, il censimento delle industrie soggette a notifica e a dichiarazione o altre attività pericolose che possono innescare ulteriori danni alla popolazione dopo un evento distruttivo di varia natura, saranno preventivamente censite e per ognuno studiato il potenziale pericolo che può provocare alla popolazione.

13. ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE

Per fronteggiare le esigenze della popolazione che a seguito dell'evento calamitoso risultano senza tetto o soggette ad altre difficoltà, si dovranno organizzare in loco delle aree attrezzate per fornire i servizi necessari. Dovrà presiedere questa funzione un funzionario dell'Ente amministrativo locale in possesso di conoscenza e competenza in merito al patrimonio abitativo, alla ricettività delle strutture turistiche (alberghi, campeggi etc.) ed alla ricerca e utilizzo di aree pubbliche e private da utilizzare come aree di ricovero della popolazione. Per quanto concerne l'aspetto alimentare si dovrà garantire un costante flusso di derrate alimentari, il loro stoccaggio e la distribuzione alla popolazione assistita. Si dovranno anche censire a livello nazionale e locale le varie aziende di produzione e/o distribuzione alimentare.

14. COORDINAMENTO CENTRI OPERATIVI

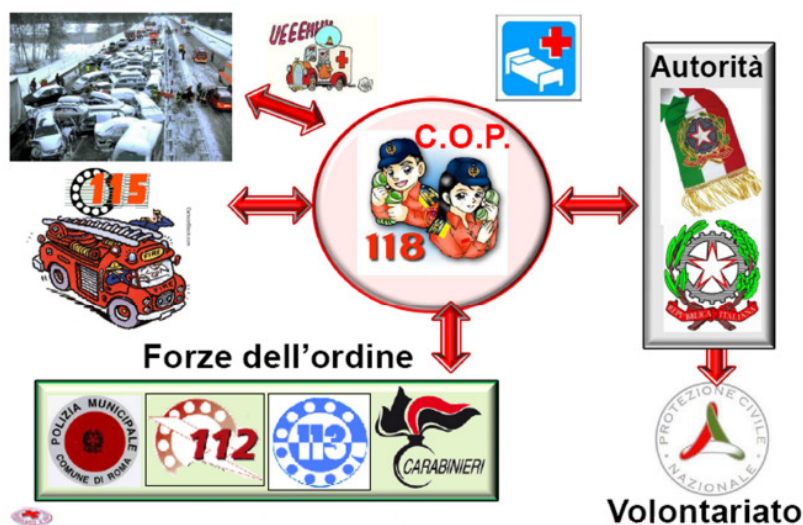
Il coordinatore della Sala Operativa che gestisce le 14 funzioni di supporto, sarà anche responsabile di questa funzione in quanto dovrà conoscere le operatività degli altri centri operativi dislocati sul territorio al fine di garantire nell'area dell'emergenza il massimo coordinamento delle operazioni di soccorso razionalizzando risorse di uomini e materiali. Il responsabile della funzione 14 assumerà anche il ruolo di coordinatore della Sala Operativa.

Con le **LINEE GUIDA N. 1/1996 del SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA** (Legge Guzzanti) pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale 114 del 17.5.96, si delinea la configurazione della Rete dell'Emergenza; il documento, infatti, fornisce indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete complessa che permette di affrontare e superare l'emergenza.

In questo documento compare la dizione di **Maxiemergenza**.

La corretta gestione degli eventi complessi impone la collaborazione di tutte le strutture deputate all'emergenza sanitaria e non sanitaria, attraverso i collegamenti organizzati e diretti secondo precise linee di responsabilità prefissate.

Nel caso di eventi catastrofici nell'ambito territoriale di una sola Centrale operativa, il necessario raccordo tra il 118 e gli altri enti deputati ad intervenire (Vigili del fuoco, Polizia di Stato, Esercito, CRI, etc.) è garantito dal Comitato Provinciale della PC, mentre le funzioni di coordinamento dell'attività di soccorso, per quanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, sono attribuite alla Centrale Operativa stessa.



Per garantire l'efficacia degli interventi dovranno essere, inoltre, avviate attività di previsione che comprendono:

- α) l'archiviazione computerizzata dei dati delle risorse sanitarie nazionali sia pubbliche che private e del volontariato;
- β) la formazione costante e la verifica della professionalità degli operatori e dell'efficienza dei mezzi e delle strutture;
- χ) la predisposizione degli strumenti amministrativi eccezionali da attivarsi al momento dell'emergenza.

Durante la fase di allarme e di emergenza, dovrà essere previsto l'intervento sul posto di unità di personale medico ed infermieristico, composte da un medico e due infermieri, che garantiscono anche i collegamenti con la Centrale Operativa di riferimento.

Contemporaneamente, devono essere identificati, negli ospedali entrati in allarme, tutti i pazienti ricoverati dimissibili, al fine di poter censire i posti letto disponibili ad accogliere quanti potranno essere inviati dall'area del disastro.

Se la maxiemergenza coinvolge territori più ampi, il coordinamento degli interventi sanitari dovrebbe essere affidato alla Centrale Regionale di riferimento, precedentemente individuata.

Nel caso di eventi che, per intensità ed estensione, devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari, gli interventi di soccorso e di assistenza alle popolazioni verranno coordinati dal Dipartimento della Protezione Civile (legge n. 225/1992).

Anche in relazione a quanto previsto dalla ben nota legge n. 626/1994 riguardante la sicurezza sui luoghi di lavoro, devono essere attivati all'interno di ogni azienda USL o

azienda ospedaliera, specifici programmi di valutazione dei rischi e messe in atto idonee misure di prevenzione e controllo, nonché di informazione e formazione sui possibili rischi per il personale e per gli utenti negli ambienti di lavoro.

A cura del personale del DEA devono essere predisposti piani di emergenza interna (antincendio, evacuazione, accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti, etc.) che specifichino anche il ruolo dell'ospedale e delle sue singole unità operative all'interno del Piano dell'emergenza regionale. Tale Piano deve essere portato a conoscenza del personale e degli utenti.

Sulla scorta delle linee guida Guzzanti il documento emesso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE Servizio Emergenza Sanitaria **PIANIFICAZIONE DELL'EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA A FRONTE DI UNA MAXI-EMERGENZA** datato Settembre 1998, definisce la risposta intraospedaliera all'emergenza. Esso sottolinea la necessità della formulazione di piani di emergenza interna per la rapida evacuazione o per l'accettazione di un elevato numero di pazienti da parte dell'ospedale, che siano raccordati con il Piano dell'Emergenza Regionale. Esso delinea il percorso di pianificazione per attuare l'accoglienza delle vittime che si divide in fase di preparazione (valenza strategica) e in una fase operativa dell'emergenza (valenza tattica); infine, vengono identificati i percorsi di pianificazione attraverso la definizione di ruoli, figure operative, spazi e logistica

Essendo l'ospedale l'ultimo anello della catena dei soccorsi sanitari, è necessario che la pianificazione ospedaliera dell'emergenza sia inserita nella cornice più ampia dei piani comunali e provinciali, al fine di consentire alla Centrale 118 di attivare in tempi rapidi i presidi ospedalieri idonei, evitando così gravi perdite di tempo e riducendo notevolmente il numero dei trasferimenti secondari dei pazienti.

La predisposizione di tutta la catena di interventi da attuare all'interno dell'ospedale è di esclusiva pertinenza del personale sanitario.

Essa deve consentire:

- **l'accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti;**
- **l'erogazione di cure quanto più possibile qualificate** e comunque adeguate alla gravità delle lesioni dei soggetti ricoverati

Il piano di emergenza intraospedaliera sarà diversificato in base alle caratteristiche strutturali di ogni ospedale ma dovrà comunque rispondere ad alcuni requisiti di base:

- dovrà essere formulato sulle **strutture e sugli organici esistenti** per essere operativo senza ritardi di attuazione e senza aggravio di costi.
- dovrà garantire lo **stesso standard di assistenza** anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero del personale a causa di ferie, di festività o di fascia oraria (notte);
- dovrà **essere adattabile** a qualunque tipo di emergenza e adatto a garantire l'assistenza al più elevato numero di pazienti.

È indispensabile che **tutto il personale** che lavora nella struttura nosocomiale sia a conoscenza delle procedure contenute nel piano e dei compiti assegnati alle singole figure dell'Unità di Crisi in modo da essere preparato sulle modalità operative da attivare in fase di allarme.

È inoltre indispensabile procedere anche all'attuazione di **periodiche esercitazioni** simulanti una maxiemergenza per poter verificare l'attendibilità dei vari aspetti contenuti nel piano ed i tempi di attivazione.

Il piano di emergenza intraospedaliera deve prevedere due scenari:

1. struttura ospedaliera non danneggiata e funzionante (fuori cratere). In questa ipotesi, l'ospedale può svolgere interamente la propria funzione nella catena straordinaria dei soccorsi e mettere in atto i piani per gestire un massiccio afflusso di feriti (P.E.M.A.F.) provenienti dal cratere;
2. struttura ospedaliera gravemente danneggiata (entro il cratere). In tale situazione l'ospedale deve provvedere a garantire l'evacuazione dei pazienti che non possono essere dimessi verso altre strutture funzionanti, da individuare preventivamente in fase di pianificazione (PE.VAC).

Da un punto di vista operativo, il **Piano di Emergenza Per Massiccio Afflusso di Feriti** (P.E.M.A.F.) prevede due fasi:

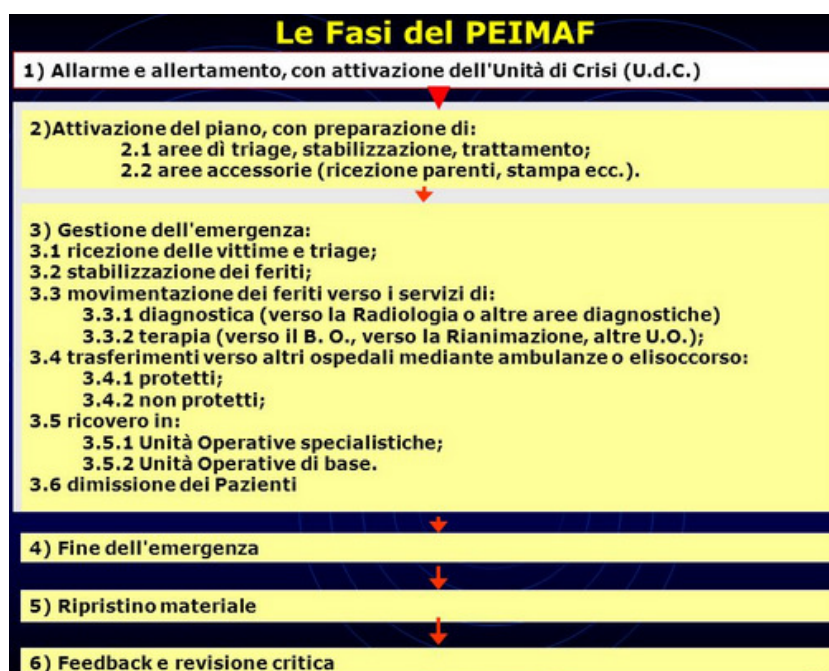
STATO DI ALLARME

Lo stato di allarme viene comunicato dalla centrale operativa 118, dalla Prefettura, da pubblici ufficiali e confermato dalla Direzione Sanitaria.

La Direzione Sanitaria dell'ospedale allertato ha il compito di coordinare il Piano di emergenza attraverso uno specifico organo denominato Unità di Crisi, preistituito all'interno dell'ospedale stesso.

FASE OPERATIVA

Il piano viene attivato e l'Unità di Crisi provvede alla sua attuazione mettendo in atto le linee operative predisposte nella fase preparatoria



L'Unità di Crisi rappresenta il nucleo direzionale sanitario sia nella fase di predisposizione del piano che nella fase operativa dell'emergenza.

Composizione Unità di Crisi	
Fase preparatoria	Fase emergenza
<ul style="list-style-type: none"> Direttore sanitario che la presiede; responsabile del DEA (ove costituito); responsabile del Servizio di Pronto Soccorso-Accettazione responsabile del Servizio di Anestesia e Rianimazione; responsabile designato dell'area di chirurgia; responsabile designato dell'area di medicina; responsabile designato dei Servizi di laboratorio, radiologia, servizio trasfusionale, servizi di trasporto infermi, servizi mortuari; responsabile dei Servizi Infermieristici; 	<ul style="list-style-type: none"> Direttore sanitario che la presiede; rappresentante delle attività diagnostico- terapeutiche; capo Servizi sanitari ausiliari; rappresentante dei Servizi tecnico-logistici; responsabile dei Servizi amministrativi.

<ul style="list-style-type: none"> • responsabile dei Servizi tecnico-logistici; • responsabile dei Servizi amministrativi. 	
Funzioni dell'unità di crisi	
Fase preparatoria	Fase operativa
<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione delle capacità di ricezione dell'ospedale • Individuazione di un'area di atterraggio per i mezzi aerei (elicotteri) e di vie di accesso preferenziali per quelli terrestri. • Identificazione di un'area di accettazione. • Individuazione del personale medico preposto al "triage" d'accettazione intraospedaliero. • Definizione di procedure di mobilitazione del personale • Predisposizione di scorte riciclabili di materiale • Preparazione di una modulistica semplificata • Addestramento del personale • Predisposizione, di un ufficio informazioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricezione dell'allarme. • Allestimento area di accettazione/ricezione dei pazienti • Mobilitazione dei reparti e del personale. • Allestimento delle vie di accesso. • Rapporti con l'esterno. • Comunicazioni. • Triage • Unità di soccorso sanitario extraospedaliero

I criteri generali da seguire per approntare il **P.Evac.** di un ospedale possono essere così schematizzati:

- eseguire l'analisi dei rischi per ogni area funzionale;
- disporre di mappe dei vari piani di degenza;
- individuare una o più aree esterne, meglio se al coperto, come punto di ritrovo dei pazienti;
- individuare un'area di stazionamento per autoambulanze e una di atterraggio per eliambulanze;
- predisporre la segnaletica informativa;
- riservare linee telefoniche per l'emergenza;
- attuare un sistema giornaliero di censimento dei pazienti allettati e autonomi;
- inventariare il materiale utile al trasporto e alla degenza provvisoria.

Perché il Piano di emergenza sia efficiente occorre che:

- sia attuabile per ogni tipo di evento che metta in pericolo l'ospedale, ed in ogni ora del giorno;
- abbia sempre la stessa logica di funzionamento e sfrutti il più possibile le procedure del Piano per massiccio afflusso di feriti;
- allerti e faccia intervenire solo ed esclusivamente gli addetti necessari in funzione del livello dell'emergenza,
- individui chiaramente i compiti ed i livelli di responsabilità di ogni singolo operatore;
- sia efficace sia in caso di evacuazione di un solo reparto che dell'intera struttura.

Nell'evacuazione dell'ospedale occorre considerare un doppio scenario:

1. evacuazione parziale ovvero il trasferimento dei degenti di uno o più reparti in una zona considerata sicura rispetto all'evento in atto;
2. evacuazione totale cioè trasferimento di tutti i degenti e personale ospedaliero all'esterno della struttura.

Il documento corrispondente a quello appena descritto relativamente alla pianificazione territoriale corrisponde all' **"Adozione dei «Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi»** Emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dipartimento della Protezione Civile con Decreto Ministeriale del 13 febbraio 2001 -
pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 81 del 6 aprile 2001

In tale documento si ribadisce l'importanza della organizzazione dei soccorsi sanitari durante una catastrofe e la necessità di criteri univoci e universalmente condivisi in quanto efficaci, dato il coinvolgimento di più componenti dell'assistenza sanitaria.

Il documento riconosce le diversità esistenti tra i vari modelli organizzativi territoriali e pur nel rispetto di essi è inteso come uno strumento da cui estrapolare e ritagliare modelli organizzativi territoriali che raggiungano gli obiettivi prefissati dal documento stesso e ne applichino i principi.

Si definisce piano di emergenza l'insieme delle procedure da attuare per diffondere immediatamente l'allarme alle strutture deputate al soccorso sanitario e per coordinare e gestire le risposte idonee a poter affrontare le esigenze sanitarie e a poter dare un'assistenza qualificata alle vittime dell'evento catastrofico.

Le caratteristiche di un piano d'intervento di emergenza sono la semplicità, la flessibilità, la facilità di attuazione e l'operatività h 24.

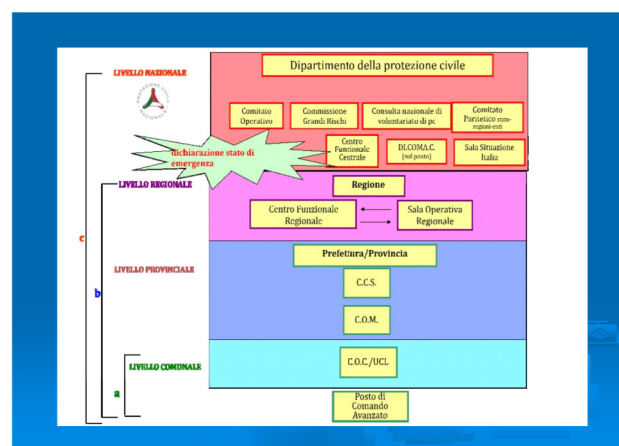
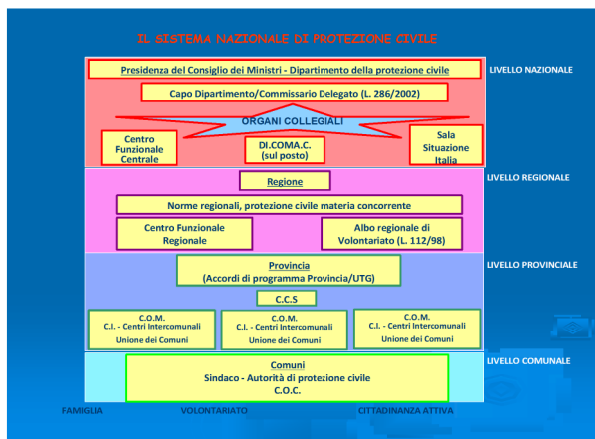
Il piano si articola in tre parti fondamentali:

1. Parte generale: si raccolgono tutte le informazioni relative alle caratteristiche ed alla struttura del territorio.
2. Lineamenti della pianificazione: si stabiliscono gli obiettivi da conseguire per dare un'adeguata risposta di Protezione Civile ad una qualsiasi situazione d'emergenza, e le competenze dei vari operatori.
3. Modello d'intervento: si assegnano le responsabilità decisionali ai vari livelli di comando e controllo per la gestione delle emergenze, si utilizzano le risorse in maniera razionale, si definisce un sistema di comunicazione che consenta il costante scambio di informazioni.

Il Prefetto, in situazioni di maxiemergenza, al fine di garantire nell'area del disastro il massimo coordinamento delle operazioni di soccorso ed esercitare la direzione unitaria degli interventi, esplica la propria funzione con l'ausilio di tre strutture distinte:

- **Centro Coordinamento Soccorsi (CCS)** massimo organo di coordinamento delle attività di protezione civile a livello provinciale. È composto dai responsabili di tutte le componenti e strutture operative presenti nel territorio provinciale che dovranno individuare le strategie di intervento per il superamento dell'emergenza, razionalizzare le risorse disponibili e garantire il coordinamento delle attività dei COM che ad esso fanno riferimento.
- **Sala Operativa**, articolata in Funzioni di supporto (secondo il metodo Augustus) ciascuna delle quali è competente, per il proprio settore, della risposta operativa che occorre organizzare in qualsiasi tipo di emergenza a carattere provinciale.
- **Centri Operativi Misti (COM)** strutture decentrate, costituite da rappresentanti dei Comuni e delle strutture operative, in cui si raccordano gli indirizzi forniti dalla Prefettura con quelli dei Sindaci. Si attiva se l'evento coinvolge più comuni.
- **Direzione di Comando e Controllo (DI.COMA.C.)**, Centro di coordinamento nazionale delle componenti e strutture operative di protezione civile attivato sul territorio interessato dall'evento, se ritenuto necessario, dal Dipartimento della Protezione Civile, in caso di emergenza Nazionale.

A questi vanno aggiunti i **Centri Operativi Comunali (COC)**, centro operativo a supporto del Sindaco per la direzione ed il coordinamento degli interventi di soccorso in emergenza. Le caratteristiche dell'evento stabiliranno il livello di attivazione della catena di comando.



Un ruolo di primo piano nella gestione dell'emergenza è svolta dalla centrale operativa 118. La Centrale operativa sanitaria 118, con la sua organizzazione funzionale di dimensioni provinciali o sovraprovinciali, raccordata con le strutture territoriali ed ospedaliere e con le istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta dell'emergenza (Atto d'intesa Stato e Regioni G.U.17-5-96), rappresenta l'elemento istituzionale di risposta sanitaria al disastro. Deve individuare i maggiori rischi sanitari che insistono sul territorio di competenza in modo da prevedere una pianificazione sanitaria in grado di fronteggiare gli eventi catastrofici più probabili.



La centrale Operativa 118 svolge un ruolo Centrale nella risposta all'evento calamitoso e con i suoi vari livelli d'allarme ha una funzione di sorveglianza sull'intero territorio nazionale.

Livelli di allarme della Centrale Operativa

Il livello d'allarme è lo stato di attivazione delle risorse aggiuntive rispetto a quelle ordinarie:

- Livello 0:** E' il normale livello di funzionamento della Centrale Operativa; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione.
- Livello 1:** Il livello viene attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili, quali gare automobilistiche, concerti, manifestazioni sportive, manifestazioni con notevole affluenza. E' attivato in loco un dispositivo di assistenza, dimensionato sulla base delle esigenze ed in aderenza a quanto previsto da specifici piani di intervento.
- Livello 2:** Viene attivato quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da fenomeni precursori, quali ad esempio allagamenti, frane, etc. Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere pronte a muovere entro 15 minuti dall'eventuale allarme. Il Medico coordinatore di CO può disporre eventualmente l'invio di mezzi sul posto per monitoraggio o per assistenza preventiva.
- Livello 3:** Viene attivato quando è presente una situazione di maxiemergenza. Il Dispositivo di Intervento più appropriato viene inviato sul posto e vengono attivate le procedure per la richiesta ed il coordinamento di risorse aggiuntive anche sovraterritoriali.



La catena dei soccorsi sanitari rappresenta la fase operativa del sistema dei soccorsi. Essa é composta da squadre sanitarie che dai settori di competenza, indicati sulla base di criteri topografici o funzionali per consentire un'ottimale distribuzione delle risorse a disposizione, afferiscono ad un P.M.A..

Ambiti Operativi della Catena dei Soccorsi	
CO 118	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Allarme ➤ Invio dei Soccorsi
Posto Medico Avanzato - PMA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recupero e raccolta delle Vittime ➤ TRIAGE ➤ Stabilizzazione
Posto di Comando	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comando ➤ Radiotrasmissioni
Centro Medico di Evacuazione	➤ Trasporto
Ospedale	➤ Accoglimento negli Ospedali

La prima ambulanza con la prima vettura delle Forze di Polizia e la prima “partenza” dei VV.F. costituiscono il **primo posto di controllo e comando**.

Sul luogo dell'evento il responsabile della C.O.118 o il responsabile del DEA o un Medico delegato dal responsabile medico del 118 svolgerà il ruolo di **Direttore dei Soccorsi Sanitari** (DSS). Il DSS, che si coordinerà con referenti analoghi dei VVF, delle Forze di polizia e di altre Istituzioni deputate alla gestione dell'emergenza, deve essere in grado di operare immediatamente in modo da svolgere un coordinamento sul campo delle risorse impegnate per la realizzazione della “**catena dei soccorsi**”. Egli si assumerà la responsabilità di ogni dispositivo di intervento sanitario nella zona delle operazioni, mantenendo un collegamento costante con il Medico della Centrale Operativa 118. Alla figura del DSS si rapporta il **Direttore del Triage**, medico o, in sua assenza, infermiere professionale incaricato di coordinare le operazioni di triage sulle vittime, ed il **Direttore al Trasporto**, Infermiere o Operatore Tecnico incaricato di gestire la movimentazione dei mezzi di trasporto sanitario in funzione delle priorità emerse durante le operazioni di triage, avvalendosi di un tecnico addetto alle telecomunicazioni.



Le squadre sanitarie “di prima partenza” o “di risposta rapida” si differenziano in quanto a compiti ed equipaggiamento da quelle di “seconda partenza o di partenza differita”. L’operatività di queste ultime non è molto diversa da quella abitualmente espressa nella gestione delle emergenze individuali quotidiane, anche se le loro dotazioni abituali devono

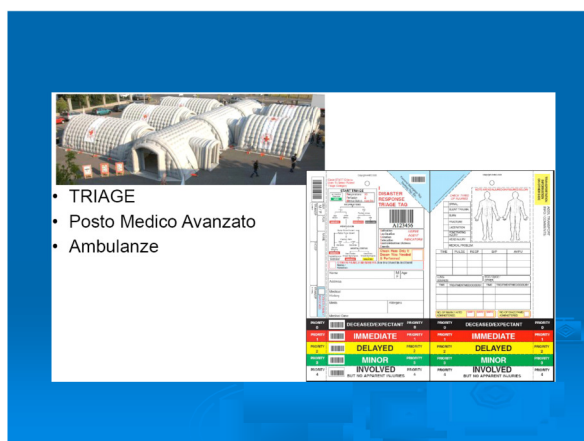
essere potenziate con l'assegnazione dei "lotti catastrofe" contrassegnati dai quattro colori secondo i criteri adottati a livello internazionale:

- α) materiale non sanitario (colore giallo);
- β) materiale per supporto cardiocircolatorio (colore rosso);
- χ) materiale per supporto respiratorio (colore blu);
- δ) materiali diversi (colore verde)

Il **Posto Medico Avanzato** (PMA) localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento, può essere sia una struttura che un'area funzionale dove radunare le vittime, concentrare le risorse di primo trattamento, effettuare il triage e organizzare l'evacuazione sanitaria dei feriti nei centri ospedalieri più idonei.

Vengono definite due tipologie di PMA:

- **PMA di I livello:** utilizzo in caso di "catastrofe ad effetto limitato"; limitata capacità di trattamento (approssimativamente 30 codici rossi/gialli); rapido impiego (al massimo entro un'ora dall'evento); autonomia temporale limitata (al massimo 12 ore).
- **PMA di II livello:** utilizzo in caso di emergenze di tipo C1 (articolo 2, legge n. 225/1992); capacità di trattamento in autonomia logistica ed operativa di circa 150 codici rossi/gialli; impiego rapido (al massimo entro 6 ore dall'evento); autonomia temporale di circa 72 ore.

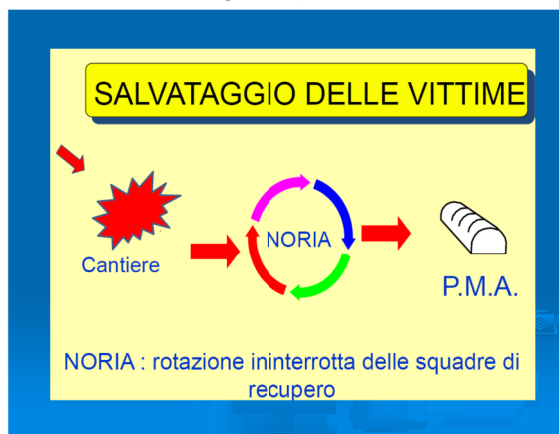


In caso di situazioni complesse, possono afferire, nella fase della risposta differita, le **Unità Mobili di Soccorso Sanitario** (UMSS) il cui dimensionamento deve essere molto contenuto per soddisfare le esigenze di rapida mobilitazione.



Nell'ambito della descrizione della catena dei soccorsi, in questo documento viene anche definito il concetto di **noria di salvataggio** (insieme delle operazioni effettuate da personale tecnico, anche sanitario, volte al trasporto di feriti dal luogo dell'evento al PMA e

viceversa) e di **evacuazione** (movimento delle ambulanze e degli altri mezzi di trasporto sanitario dal PMA agli ospedali e viceversa al fine dell'ospedalizzazione delle vittime).



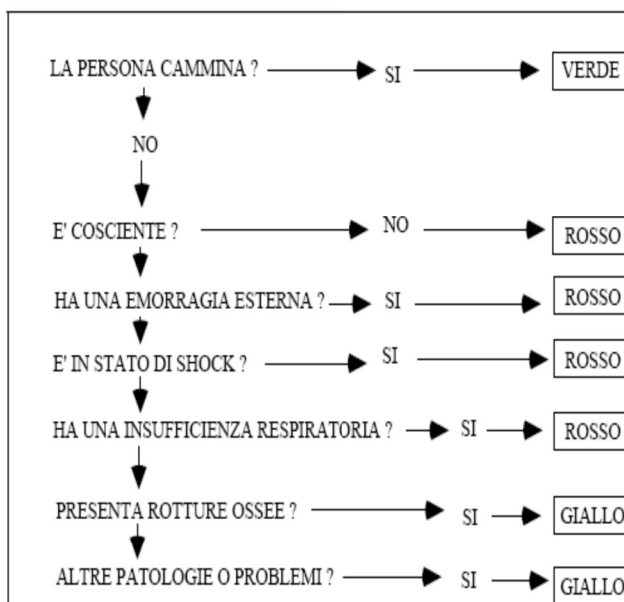
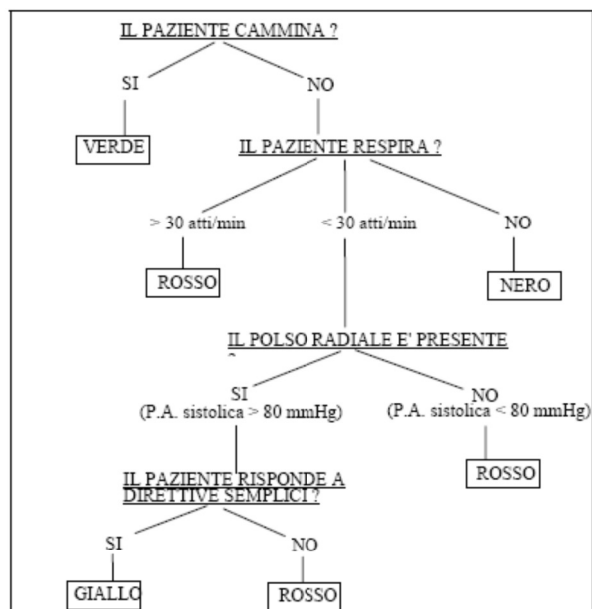
In caso di disastro di ampie proporzioni sarà necessario un coordinamento delle seguenti risorse nazionali:

1. personale e mezzi della componente sanitaria delle Forze Armate (con Ospedali Campali, Navi Ospedale, Convogli Sanitari, ecc.) e delle Forze di Polizia;
2. personale e mezzi di colonne mobili predisposte da Regioni, Province Autonome ecc.;
3. personale, mezzi e strutture mobili della Croce Rossa Italiana, dell'Associazione Nazionale delle Pubbliche Assistenze, delle Misericordie d'Italia, dello S.M.O.M., altre Associazioni di volontariato ecc.;
4. personale e mezzi delle strutture sanitarie campali accreditate;
5. personale, mezzi e strutture delle Unità Medico - Chirurgiche accreditate.

La "catena straordinaria dei soccorsi sanitari" verrà allestita in un primo tempo secondo le modalità previste per catastrofi limitate e non appena possibile verrà integrata da altre strutture campali quali le Unità Mobili Medico-chirurgiche (UMMC) e gli ospedali da campo.

L'UMMC, struttura intermedia tra la zona del disastro e gli ospedali da campo, in un contesto di vasto interessamento del territorio con coinvolgimento delle strutture ospedaliere fisse, è in linea di massima dotata di un'area accettazione, triage, sala operatoria, PS, astanteria e deve avere autosufficienza sotto il profilo sanitario e logistico di almeno 48 ore.

Il documento contiene, inoltre, nell'Allegato 1 una descrizione dei tipi di triage più facili da impiegare sul territorio: il protocollo START e il protocollo CESIRA.



Sempre in questa appendice sono riportate una serie di procedure essenziali utilizzabili a livello territoriale in corso di una maxiemergenza che richiedono un basso livello di equipaggiamento e che consentono di aumentare le possibilità di sopravvivenza di un paziente critico.

Ai fini di una programmazione per l'allestimento di risorse dedicate alle operazioni di soccorso (UMSS, CME, UMMC, ecc.) è necessario tener conto di tutte le classi di efficacia. Le tabelle identificano nelle prime classi di efficacia (I e IIa) quelle procedure e quelle attrezzature che consentono alle squadre di soccorso, al personale del PMA, o comunque a chi opera a livello delle fasi iniziali della catena dei soccorsi di effettuare manovre di assistenza sanitaria con il più favorevole rapporto costo/beneficio.

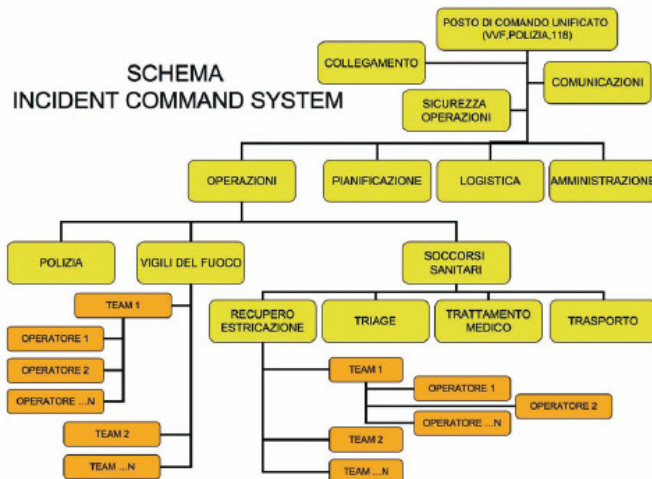
Nella deliberazione del 22 maggio 2003 - pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 196 del 25 agosto 2003 - "Criteri di massima sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici di un posto medico avanzato di II livello utilizzabile in caso di catastrofe", fermo restando l'autonomia delle singole Regioni per ciò che attiene i modelli organizzativi più consoni alle specifiche realtà territoriali, viene definita la dotazione necessaria al funzionamento di un Posto Medico Avanzato (P.M.A.) completando sotto questo nuovo profilo, quanto contenuto nei «Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari delle catastrofi».

Tale documento contiene in allegato un prontuario per il PMA di secondo livello redatto tenendo conto della Lista dei Farmaci Essenziali contenuta nelle linee-guida dell'OMS e valutando liste di farmaci e di dispositivi medici redatte da altri soggetti che operano nel settore. La selezione finale per l'inclusione dei farmaci nel Prontuario delle Emergenze è stata effettuata sulla base delle evidenze scientifiche reperibili in letteratura. Al fine di facilitare gli approvvigionamenti si è utilizzato il codice ATC (Anatomica, Terapeutica, Chimica).

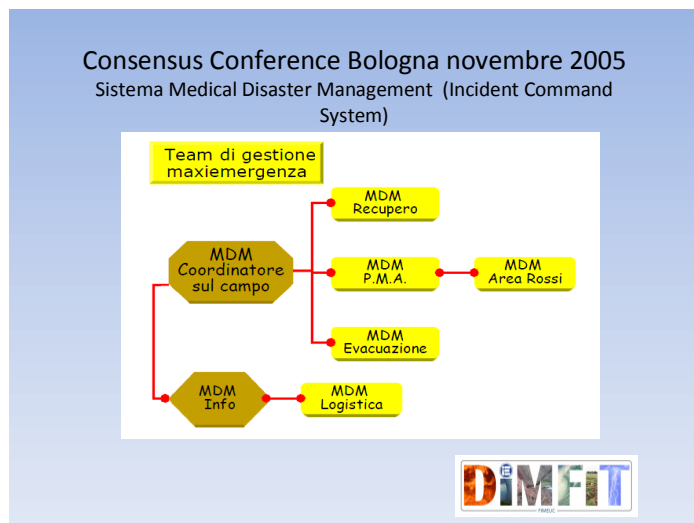
Un ulteriore documento da citare in questa rassegna, alla luce dell'importanza, più volte sottolineata nei diversi documenti, della formazione nel campo delle maxiemergenze, è **l'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dal titolo: "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza"**, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 196 del 25 agosto 2003

Tale documento recita: *"il personale operante nel sistema dell'emergenza - urgenza deve sostenere un percorso formativo uniforme, prescindendo dall'appartenenza al Servizio Sanitario Nazionale e/o ad Enti, Associazioni di Volontariato. Restano ferme le rispettive competenze, gli ambiti professionali, nonché la specifica formazione di base di ciascuna figura. L'obiettivo generale è rappresentato dalla qualità delle cure mediante l'integrazione funzionale ed operativa di ogni settore del sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria (Centrali Operative, Mezzi di soccorso, Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso ospedaliero, Dipartimento di Emergenza - Urgenza e Accettazione di I e II livello). La formazione è lo strumento a disposizione di tutto il personale che opera nel sistema per favorirne l'integrazione"*.

La corretta ed efficace gestione di uno scenario di maxiemergenza si basa su uno schema di lavoro in cui vengono identificati dei ruoli precisi, ricoperti da medici o infermieri con adeguato addestramento che devono far fronte ad altrettanto precise funzioni. Il soccorso tecnico (Vigili del Fuoco) adotta il modello di derivazione statunitense denominato ICS (Incident Command System), rappresentato nello schema seguente:



Per il soccorso sanitario italiano, tuttavia, tale schema risultava eccessivamente rigido e non adattabile alla realtà nazionale prevedendo un'organizzazione con multipli dimensionamenti numerici delle varie unità affidate ai vari coordinatori o supervisori, completamente differente da quella italiana (e spesso persino europea). Per adattare alla realtà italiana il concetto di coordinamento orientato per funzioni, nel corso della Consensus Conference di Bologna del 2005 è stato proposto uno schema, denominato *Medical Disaster Management* (MDM).



Il sistema MDM è inserito nella documentazione ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute come metodo di approccio efficace e funzionale per la gestione delle maxiemergenze sotto il profilo sanitario.

L'omogeneizzazione della terminologia normata in Italia e quella MDM è riportata in tabella secondo gli accordi della Consensus Conference di Bologna del 2005

Confronto tra Sistema MDM e linee guida n. 116/2001 del DPC

Sistema MDM	Linee Guida n. 116/2001 DPC
MDM Coordinatore	Direttore Dei Soccorsi Sanitari – DSS
MDM Info	Non contemplato
MDM Recupero	Direttore Triage – DTRI
MDM PMA	Non contemplato
MDM Evacuazione	Direttore al Trasporto - DT



Nella Catena di Comando e Controllo della PC si è già fatto riferimento alla Sala Situazione Italia, organo di comando a livello centrale che svolge il compito di monitoraggio del territorio ed allertamento delle strutture operative per eventi di caratura nazionale.

Sala Situazione Italia monitoraggio del territorio, allertamento strutture operative	
<u>Presidiata h 24 da:</u> ➤ Personale di PC ➤ Vigili del Fuoco ➤ Forze Armate ➤ Forze di Polizia ➤ CRI ➤ Centro Funzionale Centrale	<u>Collegamento con:</u> 1. Sale operative nazionali 2. Sale operative regionali PC 3. Sale operative Provinciali e Prefetture 4. Nuclei di Valutazione di PC 5. DICOMAC
<u>Su attivazione:</u> ➤ Altre funzioni di supporto di PC (Funzione Sanità)	

Il Dpcm del 3 dicembre 2008: organizzazione e funzionamento di Sistema nella Sala Situazione Italia del Dipartimento di Protezione Civile, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19 febbraio 2009, introduce il funzionamento di Sistema.

Art. 1. Presso la Sala Situazione Italia del Dipartimento della P.C. è attivo un centro di coordinamento nazionale denominato Sistema che ha il compito di monitorare e sorvegliare il territorio nazionale al fine di individuare le situazioni emergenziali previste o in atto e seguirne l'evoluzione, nonché di allertare ed attivare le diverse componenti e strutture operative del Servizio nazionale della P.C. che concorrono alla gestione delle emergenze.

Art. 2. Struttura di Sistema

1. Sistema opera 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, con la presenza di personale del Dipartimento della protezione civile e delle strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile di seguito elencate, ciascuna dotata di una propria postazione: Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco; Forze Armate (attraverso il Comando Operativo di vertice Interforze); Polizia di Stato; Arma dei Carabinieri; Guardia di Finanza; Corpo Forestale dello Stato; Capitanerie di Porto - Guardia Costiera.
2. La Sala Situazione Italia che ospita Sistema è configurata secondo una struttura modulare; sulla base di opportuni protocolli operativi l'attuale configurazione permanente della Sala di Sistema sarà integrata dalla postazione dedicata alla rappresentanza delle Regioni e Province Autonome e, previo accordo, da ulteriori postazioni per le altre componenti e strutture operative.
3. Qualora in emergenza la situazione fosse tale da richiedere la partecipazione all'attività operativa di altre componenti e strutture del Servizio nazionale della protezione civile non presenti presso la Sala in configurazione permanente, verranno attivate le ulteriori postazioni necessarie.

Il documento emesso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile, Servizio Rischio Sanitario e Ambientale - ***“Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi”*** - Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006, mette in evidenza come, nel contesto degli interventi a sostegno delle vittime di eventi catastrofici, sia necessario prestare massima attenzione ai problemi di ordine psichiatrico-psicologico che possono manifestarsi sulle popolazioni colpite e sui loro soccorritori. È, inoltre, opportuno osservare che le catastrofi possono produrre sugli individui effetti di lunga durata e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comunità. Si assiste infatti in questi casi al venir meno delle risorse di autoprotezione, normalmente presenti in un gruppo di individui che condividono le stesse abitudini di vita, e pertanto è necessario che gli interventi psicosociali adottati tengano in massima considerazione le caratteristiche specifiche di quel territorio e della comunità che lo abita.

Da tali considerazioni scaturisce l'esigenza di fronteggiare i bisogni psico-sociali che si manifestano a seguito di emergenze nazionali attraverso azioni ed interventi coordinati in grado di garantire risposte efficaci e di qualità.

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano dispongono affinché, in relazione alle caratteristiche geosociali e all'entità dei rischi presenti nel proprio territorio, si costituiscano equipe per il supporto psicosociale alla popolazione colpita da calamità. Tali equipe vengono identificate, di norma, utilizzando le risorse esistenti nei Servizi dipendenti dal Servizio Sanitario regionale.

Il personale selezionato, che può essere integrato con ulteriori risorse identificate nell'ambito di Associazioni di Volontariato, Enti Locali, Ordini professionali ecc., dovrà essere adeguatamente formato sui compiti da svolgere in situazioni di catastrofe collettiva ed addestrato tramite specifiche esercitazioni

Le equipe, precedentemente formate, operano nell'ambito del sistema di emergenza garantendo il proprio intervento sia in eventi catastrofici ad effetto limitato che in eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

L'equipe, che trova la sua sede di lavoro nei locali di una struttura fissa o mobile, opera in prossimità del Posto Medico Avanzato (PMA) e presso i luoghi di raccolta, smistamento e accoglienza della popolazione. Ad essa deve essere garantita la sicurezza e la riservatezza per lo svolgimento delle attività di colloquio oltre che un adeguato spazio per le attività di gruppo e di coordinamento.

I suoi operatori dovranno essere riconoscibili attraverso casacche o giubbotti di colore verde a cui va apposta la sigla "PSIC".

La Regione identifica, nell'ambito della propria organizzazione, il referente della funzione di supporto psicosociale

Compiti del referente della funzione di supporto psicosociale *“Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi”* - Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006

- coordina la stesura del Piano degli interventi dell'equipe, sulla base della conoscenza degli specifici rischi del territorio, delle strutture della rete psicosociale presenti nell'area di competenza, delle capacità ricettive di tali strutture e del personale che vi opera;
- definisce all'interno del Piano di settore le attività che l'equipe deve svolgere in emergenza nei riguardi delle vittime della comunità di riferimento e dei soccorritori, collaborando con le Istituzioni nelle varie fasi di pianificazione e prevedendo la pronta disponibilità dei materiali e dei mezzi necessari per lo svolgimento dei compiti;
- allerta l'equipe in emergenza;
- assicura l'intervento sul luogo del disastro, immediatamente dopo il verificarsi di un evento catastrofico, dirigendo gli interventi dell'equipe sotto il coordinamento del Direttore dei Soccorsi Sanitari;
- fa riferimento al responsabile della "Funzione 2" che ha il compito di gestire tutte le

problematiche relative agli aspetti sanitari dell'emergenza successivamente alla costituzione dei Centri di Coordinamento (COM-CCS, ecc.).

- dispone il turn-over degli operatori;
- effettua una valutazione dei risultati acquisiti e provvede alle correzioni necessarie a migliorare il piano di interventi per eventuali emergenze successive;
- coordina in stretta collaborazione con i Servizi sanitari del territorio le attività di follow-up a lungo termine.

Il documento **Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi del 13 dicembre 2007** - Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 91 del 17 aprile 2008, definisce e completa il procedimento del triage nelle maxiemergenze.

Il Triage (cernita smistamento) consiste nell'attribuzione dell'ordine di trattamento dei pazienti sulla base delle loro necessità di cura e delle risorse disponibili.

L'analisi del processo di triage rappresenta la metodologia di approccio più corretta per la costruzione dello strumento di lavoro, perchè consente di individuare necessità concrete a cui rispondere con soluzioni idonee a soddisfare le esigenze operative dei soccorritori.

In situazioni ambientali spesso critiche, caratterizzate da scarsi mezzi ed elevatissima componente di stress, ogni strumento di lavoro deve essere progettato in funzione della sua reale possibilità di impiego per non aggiungere agli operatori ulteriori elementi di criticità.

La scheda sanitaria di maxiemergenza dovrà essere versatile e permettere di segnalare le condizioni del paziente anche in eventi eccezionali come quelli di tipo NBCR. In tal caso i dati da inserire potranno riguardare l'eventuale sostanza tossica riscontrata, il trattamento con antidoti e la decontaminazione effettuata.

Nella fase di dimensionamento dell'evento, cioè all'arrivo della prima squadra sanitaria, dopo la ricezione dell'allarme alla C.O.118, il triage verrà eseguito con dispositivi che consentano l'immediata visualizzazione del codice colore ed una iniziale identificazione della gravità del paziente; nelle fasi successive, dal recupero all'arrivo al PMA e fino all'ingresso in ospedale, l'algoritmo del triage dovrà permettere di fornire informazioni sempre più complesse e dettagliate anche relativamente alle cure erogate.

In caso di maxiemergenza infatti le operazioni di soccorso fino al PMA si realizzano attraverso tre fasi fondamentali:

- nella prima fase la squadra di soccorso esegue il triage delle vittime con l'attribuzione di codici-colore di gravità utilizzando l'algoritmi semplici e veloci (Gazzetta Ufficiale 12 maggio 2001, n. 109);

TRIAGE: codici colore		
Codice colore	Priorità	Descrizione
Rosso	1	Lesioni che mettono immediatamente a rischio di vita il paziente ma che possono essere trattate con successo
Giallo	2	Pazienti con lesioni potenzialmente pericolose ma che al momento non mettono a rischio la vita del paziente
Verde	3	Pazienti con lesioni non gravi che possono avere un trattamento dilazionabile
Nero	4	Pazienti deceduti
Blu		Pazienti con lesioni talmente gravi che la loro speranza di sopravvivenza è molto ridotta anche se trattati adeguatamente

- nella seconda fase si realizzano le prime operazioni di stabilizzazione dei parametri vitali, di solito in un punto di raccolta prossimo al focolaio incidentale, in attesa che il PMA venga installato;
- nella terza fase, giunti nel PMA, si eseguirà una rivalutazione del triage per verificare la congruità del codice-colore preventivamente assegnato, le informazioni cliniche iniziali verranno integrate in maniera sistematica e verranno effettuate e

registrate le procedure diagnostico-terapeutiche erogate. Sulla base delle precedenti considerazioni, lo strumento operativo più efficace appare essere la scheda triage, eventualmente integrata da dispositivi di diversa tipologia (quali: braccialetto, cartellino colore, ecc.), di rapida applicazione da parte di personale anche non sanitario e particolarmente pratici soprattutto se utilizzati sul «cantiere» ed in condizioni meteorologiche avverse.



Le caratteristiche della scheda e dei dispositivi (tags) dovranno rispondere a criteri di:

- facile visibilità;
- facilità di applicazione;
- tracciabilità del percorso della vittima, possibilmente attraverso codici prenumerati;
- conoscenza e condivisione, almeno a livello regionale, da parte degli operatori dell'emergenza, sia sanitari che laici;
- resistenza ad eventi atmosferici e potenziali agenti lesivi;
- disponibilità in quantitativi adeguati su tutti i mezzi di soccorso.

La tipologia ed il dettaglio dei dati che dovranno essere indicati in quanto necessari ad accompagnare il paziente fino alla sede definitiva di trattamento, sono:

- sezione anagrafica: nome, cognome, età, sesso, indicazione della sede di recupero, dati cronologici dell'evento, codice colore di gravità. Un sistema di identificazione, anche di tipo numerico è utile soprattutto in caso di difficoltà alla compilazione dei dati anagrafici;
- sezione clinica: dati parametrici di valutazione e trattamento: parametri vitali, indici come GCS e RTS (versione da triage), incannulamento di vasi venosi, controllo delle emorragie, immobilizzazione di fratture, inserzione di tubo endotracheale, sondino nasogastrico, catetere vescicale, esame obiettivo orientato al problema principale, somministrazione di liquidi, ossigeno, farmaci ecc. È fondamentale indicare la possibile evoluzione del codice colore e le procedure (rianimazione, decontaminazione, ecc.) eventualmente eseguite;
- sezione evacuazione: dati relativi al trasporto verso l'ospedale di destinazione, mezzo utilizzato, dati cronologici, dati identificativi degli operatori.

Valutazione		h. h. h.	Trattamento		h.
TRAGGE ENTITÀ	A	<input type="checkbox"/> PERVIETÀ VIE AEREE	<input type="checkbox"/> COLLARE CERVICALE <input type="checkbox"/> CANNULA CROSNANO FARINGEA <input type="checkbox"/> INTUBAZIONE OTITIS <input type="checkbox"/> CROSCITRIDOTOMIA ASSOCIAR <input type="checkbox"/> TOSSEBASSI	FARMACI	
	B	<input type="checkbox"/> FREG/RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> SOSS <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MONOLAT	<input type="checkbox"/> DRAINAGGIO TORACICO AGOSTINO <input type="checkbox"/> MEDIC. PERITA TORACI APERTA	GUASTO CLINICO	
	C	<input type="checkbox"/> EMORRAGIA IMPORTANTE	<input type="checkbox"/> ACCESSORI VENOSE <input type="checkbox"/> TAMPONAMENTO EMORR <input type="checkbox"/> LACERO EMOSTATICO → <input type="checkbox"/> LIGATURE		
	D	<input type="checkbox"/> GOS <input type="checkbox"/> POPULIE		DIAGNOSI DA Rx	
	E	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> TENDENZE <input type="checkbox"/> AMPLIATIONE <input type="checkbox"/> LUSIONE N. <input type="checkbox"/> LESIONI	<input type="checkbox"/> MICROBIOLOGICAZIONE <input type="checkbox"/> MEDICALI PERITE: SUTURE <input type="checkbox"/> CATERIE VESICOLARE <input type="checkbox"/> IND	<input type="checkbox"/> Eco <input type="checkbox"/> E LAB:	
USCITA					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>DISPERIA (R) (C) (S) (L) (E) (U) (D) (A) (B) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z) (AA) (AB) (AC) (AD) (AE) (AF) (AG) (AH) (AI) (AJ) (AK) (AL) (AM) (AN) (AO) (AP) (AQ) (AR) (AS) (AT) (AU) (AV) (AW) (AX) (AY) (AZ) (BA) (BB) (BC) (BD) (BE) (BF) (BG) (BH) (BI) (BJ) (BK) (BL) (BM) (BN) (BO) (BP) (BQ) (BR) (BS) (BT) (BU) (BV) (BW) (BX) (BY) (BZ) (CA) (CB) (CC) (CD) (CE) (CF) (CG) (CH) (CI) (CJ) (CK) (CL) (CM) (CN) (CO) (CP) (CQ) (CR) (CS) (CT) (CU) (CV) (CW) (CX) (CY) (CZ) (DA) (DB) (DC) (DD) (DE) (DF) (DG) (DH) (DI) (DJ) (DK) (DL) (DM) (DN) (DO) (DP) (DQ) (DR) (DS) (DT) (DU) (DV) (DW) (DX) (DY) (DZ) (EA) (EB) (EC) (ED) (EE) (EF) (EG) (EH) (EI) (EJ) (EK) (EL) (EM) (EN) (EO) (EP) (EQ) (ER) (ES) (ET) (EU) (EV) (EW) (EX) (EY) (EZ) (FA) (FB) (FC) (FD) (FE) (FF) (FG) (FH) (FI) (FJ) (FK) (FL) (FM) (FN) (FO) (FP) (FQ) (FR) (FS) (FT) (FU) (FV) (FW) (FX) (FY) (FZ) (GA) (GB) (GC) (GD) (GE) (GF) (GG) (GH) (GI) (GJ) (GK) (GL) (GM) (GN) (GO) (GP) (GQ) (GR) (GS) (GT) (GU) (GV) (GW) (GX) (GY) (GZ) (HA) (HB) (HC) (HD) (HE) (HF) (HG) (HH) (HI) (HJ) (HK) (HL) (HM) (HN) (HO) (HP) (HQ) (HR) (HS) (HT) (HU) (HV) (HW) (HX) (HY) (HZ) (IA) (IB) (IC) (ID) (IE) (IF) (IG) (IH) (II) (IJ) (IK) (IL) (IM) (IN) (IO) (IP) (IQ) (IR) (IS) (IT) (IU) (IV) (IW) (IX) (IY) (IZ) (JA) (JB) (JC) (JD) (JE) (JF) (JG) (JH) (JI) (JJ) (JK) (JL) (JM) (JN) (JO) (JP) (JQ) (JR) (JS) (JT) (JU) (JV) (JW) (JX) (JY) (JZ) (KA) (KB) (KC) (KD) (KE) (KF) (KG) (KH) (KI) (KJ) (KK) (KL) (KM) (KN) (KO) (KP) (KQ) (KR) (KS) (KT) (KU) (KV) (KW) (KX) (KY) (KZ) (LA) (LB) (LC) (LD) (LE) (LF) (LG) (LH) (LI) (LJ) (LK) (LL) (LM) (LN) (LO) (LP) (LQ) (LR) (LS) (LT) (LU) (LV) (LW) (LX) (LY) (LZ) (MA) (MB) (MC) (MD) (ME) (MF) (MG) (MH) (MI) (MJ) (MK) (ML) (MN) (MO) (MP) (MQ) (MR) (MS) (MT) (MU) (MV) (MW) (MX) (MY) (MZ) (NA) (NB) (NC) (ND) (NE) (NF) (NG) (NH) (NI) (NJ) (NK) (NL) (NM) (NO) (NP) (NQ) (NR) (NS) (NT) (NU) (NV) (NW) (NX) (NY) (NZ) (OA) (OB) (OC) (OD) (OE) (OF) (OG) (OH) (OI) (OJ) (OK) (OL) (OM) (ON) (OO) (OP) (OQ) (OR) (OS) (OT) (OU) (OV) (OW) (OX) (OY) (OZ) (PA) (PB) (PC) (PD) (PE) (PF) (PG) (PH) (PI) (PJ) (PK) (PL) (PM) (PN) (PO) (PP) (PQ) (PR) (PS) (PT) (PU) (PV) (PW) (PX) (PY) (PZ) (QA) (QB) (QC) (QD) (QE) (QF) (QG) (QH) (QI) (QJ) (QK) (QL) (QM) (QN) (QO) (QP) (QQ) (QR) (QS) (QT) (QU) (QV) (QW) (QX) (QY) (QZ) (RA) (RB) (RC) (RD) (RE) (RF) (RG) (RH) (RI) (RJ) (RK) (RL) (RM) (RN) (RO) (RP) (RQ) (RR) (RS) (RT) (RU) (RV) (RW) (RX) (RY) (RZ) (SA) (SB) (SC) (SD) (SE) (SF) (SG) (SH) (SI) (SJ) (SK) (SL) (SM) (SN) (SO) (SP) (SQ) (SR) (SS) (ST) (SU) (SV) (SW) (SX) (SY) (SZ) (TA) (TB) (TC) (TD) (TE) (TF) (TG) (TH) (TI) (TJ) (TK) (TL) (TM) (TN) (TO) (TP) (TQ) (TR) (TS) (TT) (TU) (TV) (TW) (TX) (TY) (TZ) (UA) (UB) (UC) (UD) (UE) (UF) (UG) (UH) (UI) (UJ) (UK) (UL) (UM) (UN) (UO) (UP) (UQ) (UR) (US) (UT) (UU) (UV) (UW) (UX) (UY) (UZ) (VA) (VB) (VC) (VD) (VE) (VF) (VG) (VH) (VI) (VJ) (VK) (VL) (VM) (VN) (VO) (VP) (VQ) (VR) (VS) (VT) (VU) (VV) (VW) (VX) (VY) (VZ) (WA) (WB) (WC) (WD) (WE) (WF) (WG) (WH) (WI) (WJ) (WK) (WL) (WM) (WN) (WO) (WP) (WQ) (WR) (WS) (WT) (WU) (WV) (WW) (WX) (WY) (WZ) (XA) (XB) (XC) (XD) (XE) (XF) (XG) (XH) (XI) (XJ) (XK) (XL) (XM) (XN) (XO) (XP) (XQ) (XR) (XS) (XT) (XU) (XV) (XW) (XX) (XY) (XZ) (YA) (YB) (YC) (YD) (YE) (YF) (YG) (YH) (YI) (YJ) (YK) (YL) (YM) (YN) (YO) (YP) (YQ) (YR) (YS) (YT) (YU) (YV) (YW) (YX) (YY) (YZ) (ZA) (ZB) (ZC) (ZD) (ZE) (ZF) (ZG) (ZH) (ZI) (ZJ) (ZK) (ZL) (ZM) (ZN) (ZO) (ZP) (ZQ) (ZR) (ZS) (ZT) (ZU) (ZV) (ZW) (ZX) (ZY) (ZZ)</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>VI AEREE USCITE TERMINO ARGENTE ESCLUSIVO, INCLINATO</p> <p>Cherentamento diagnostico:</p> <p>Priorità:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CARI GENI <input type="checkbox"/> PARODONTICAZIONE <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> TALITRI </div> <div> <input type="checkbox"/> CARI SPEC. <input type="checkbox"/> MEDICINA <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA </div> <div> <input type="checkbox"/> OSSERVAZ. <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA </div> </div> <p>DESTINAZIONE</p> <p> <input type="checkbox"/> gastroenterologia <input type="checkbox"/> cardiologia <input type="checkbox"/> nefrologia </p> <p>Mezzi: ELABORAZIONE A RICEVIMENTO SIGLA</p> <p> <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA </p> <p>Orsità h Operatore:</p> </div> </div>					

SEDE	AZIONE	RESPONSABILI SANITARI	PERSONALE	SCHEDA SANITARIA
CO 118	COORDINAMENTO SANITARIO	COORDINATORE DI CO	OPERATORI DI CO	KIT MAXIEMERGENZA IN AMBULANZA
MOLTEPLICI	COORDINAMENTO SANITARIO SUL TERRITORIO	DSS DIRETTORE SOCCORSI SANITARI	PERSONALE MEDICO ESPERTO NELLA GESTIONE DEL PERSONALE E NELLA MEDICINA DELLE CATASTROFI	CONTROLLO DELL'USO DELLE SCHEDE
SITO	RECUPERO FERITI		VVF, SQUADRE SANITARIE (SANITARI E/O VOLONTARI)	RACCOLTA DATI SEDE DI RECUPERO (LOCALIZZAZIONE); DATI ANAGRAFICI SE POSSIBILE; TRIAGE E MANOVRE SALVAVITA ESEGUITE
AREA DI RACCOLTA (AR)	RACCOLTA FERITI TRIAGE PRIMARIO TRATT SANITARI BASE	DSE DIRETTORE SQUADRE RECUPERO	SQUADRE SANITARIE	RACCOLTA DATI SEDE DI RECUPERO (LOCALIZZAZIONE); DATI ANAGRAFICI SE POSSIBILE; TRIAGE E MANOVRE SALVAVITA ESEGUITE
SPAZIO AR ↔ PMA	TRASPORTO PRIMARIO	DTR DIRETTORE TRASPORTI	PERSONALE AMBULANZE (VOL/SAN)	CONTROLLO DATI PZ E DESTINAZIONE; DATI ANAGRAFICI SE POSSIBILE; TRIAGE E MANOVRE SALVAVITA ESEGUITE
PMA	TRIAGE SECONDARIO VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI FERITI EVACUAZIONE	DPMA DIRETTORE PMA	INFERMIERI PMA MEDICI + INFERMIERI INFERMIERI PMA / VOL	TRIAGE SECONDARIO MANOVRE SALVAVITA ESEGUITE VALUTAZIONE E ABCD, SEGNALEZIONE DINAMICA DEI PARAMETRI, DEI TRATTAMENTI ESEGUITI TRIAGE DI USCITA, SEGNALEZIONE DINAMICA DEI PARAMETRI
SPAZIO PMA ↔ H	TRASPORTO SECONDARIO	DTR DIRETTORE TRASPORTI	PERSONALE AMBULANZE (VOL/SAN)	CONTROLLO DATI PZ MANOVRE SALVAVITA ESEGUITE E DESTINAZIONE.
OSPEDALI	ATTIVAZIONE PENAF TRIAGE OSPEDALIERO TRATTAMENTI DEFINITIVI	DSSH DIRETTORE SOCCORSI SANITARI OSPEDALE	SANITARI OSPEDALIERI	SCHEDA SANITARIA INTRAOSPEDALIERA CON RICORDO SCHEDA EXTRAOSPEDALIERA

In caso di maxiemergenza che superi le capacità di risposta locali il Dipartimento della protezione civile può attivare i Moduli Sanitari Regionali. La **Direttiva del 28 giugno 2011: “Indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione di moduli sanitari in caso di catastrofe”** - Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 250 del 26 ottobre 2011, disciplina i criteri di attivazione di tali dispositivi.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si è evoluto verso un'organizzazione regionale. Pertanto, gran parte delle risorse del servizio, che costituisce una delle strutture operative di protezione civile, ai sensi art. 11 della legge 24 febbraio 1992, n. 225, è organizzata e gestita autonomamente dai Servizi Sanitari Regionali (SSR).

In coerenza con tale processo, anche le funzioni di protezione civile sono state oggetto di decentramento amministrativo. In particolare il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, all'art. 108 prevede che le Regioni provvedano all'attuazione di interventi urgenti in caso di crisi determinata dal verificarsi o dall'imminenza di eventi di cui all'art. 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225.

A livello nazionale, il coordinamento di tutte le strutture che compongono il servizio nazionale di protezione civile, tra cui anche il SSN, spetta al Dipartimento della protezione civile (DPC) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in seguito all'adozione, da parte del Consiglio dei Ministri, della dichiarazione di stato di emergenza (art. 5 della legge 225/1992).

Per l'eccezionalità della situazione emergenziale da valutarsi in relazione al grave rischio di compromissione dell'integrità della vita, anche prima della dichiarazione dello stato di emergenza, il Presidente del Consiglio dei Ministri può altresì disporre, con proprio decreto, su proposta del Capo del Dipartimento della protezione civile, sentito il Presidente della regione interessata, il coinvolgimento delle strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile per fronteggiare l'emergenza (art. 3 legge n. 286/2002).

Dal quadro normativo citato emerge la necessità di procedere all'integrazione delle strutture dei servizi sanitari regionali (SSR) nell'organizzazione di protezione civile e, al contempo, un sistematico coordinamento operativo tra il Dipartimento nazionale della protezione civile e le Regioni/PA anche per quanto concerne la componente sanitaria della risposta agli eventi di cui all'art. 2, comma 1, lettera c) della legge 24 febbraio 1992, n. 225.

A partire dal 2001, a seguito dell'adozione dei criteri per l'organizzazione dei servizi sanitari nelle catastrofi (G.U. n. 109 del 16 maggio 2001), è stato intrapreso uno sforzo per assicurare, su tutto il territorio nazionale, nel rispetto delle prerogative regionali, un livello minimo di capacità operativa ed un linguaggio comune che permettesse di operare in emergenza. In tale prospettiva sono stati approvati e pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale i criteri per la dotazione del PMA di II livello (G.U. n. 196 del 25 agosto 2003) e per l'organizzazione degli interventi psico-sociali nelle catastrofi (G.U. n. 200 del 29 agosto 2006).

La presente direttiva tiene dunque conto del problema del dispiegamento coordinato dei moduli sanitari regionali, con particolare riferimento a quelli di primo impiego (PMA) delle Regioni/PA.

Ciò in considerazione del fatto che le catastrofi possono provocare grandi distruzioni del territorio e lesioni gravi a numerose vittime, la cui sopravvivenza è strettamente condizionata dalla qualità e dalla tempestività delle cure sanitarie che riceveranno. Molti Sistemi Sanitari Regionali dispongono già di Moduli Sanitari Regionali (MSR) per l'intervento nelle catastrofi.

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza per gli eventi di cui all'art. 2, comma 1 lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, saranno attivate le procedure di cui alla stessa legge per l'adozione dei conseguenti provvedimenti.

I moduli sanitari oggetto del presente documento sono quelli definiti dalle seguenti normative:

- criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi;
- criteri di massima sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici di un Posto Medico avanzato di II livello utilizzabile in caso di catastrofe (G.U. n. 139 del 25 agosto 2003);
- decisione della Commissione del 20 dicembre 2007 recante modifica della decisione 2004/277/CE, Euratom per quanto concerne le modalità di applicazione della decisione 2007/779/CE, Euratom del Consiglio che istituisce un meccanismo comunitario di protezione civile;
- decisione della Commissione del 29 luglio 2010 recante modifica della decisione 2004/277/CE, Euratom della Commissione per quanto concerne le modalità di applicazione della decisione 2007/779/CE, Euratom del Consiglio che istituisce un meccanismo comunitario di protezione civile;

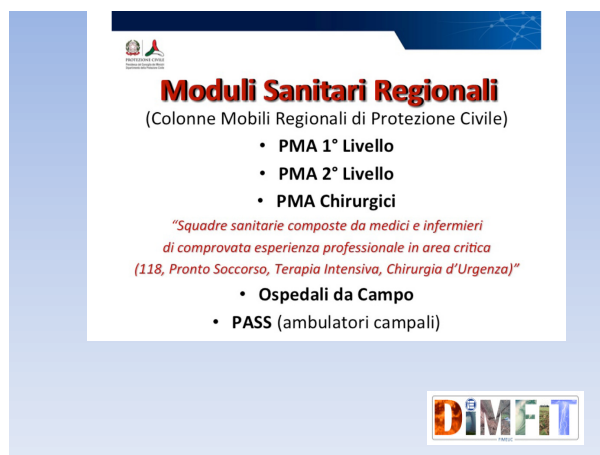
In particolare, si fa riferimento alle seguenti categorie:

- PMA di I livello;
- PMA di II livello;
- PMA con unità chirurgica (PMA/UMMC);
- Ospedali da campo o centri medici di evacuazione (CME).

I Moduli Sanitari devono garantire tempestiva capacità di partenza dall'attivazione: non oltre 1 ora per i PMA I livello; non oltre 3-4 ore per i PMA II livello e 6 ore per i PMA-Surgery /UMMC; non oltre 12 ore per gli ospedali da campo.

Tutti i Moduli Sanitari devono avere autonomia logistica garantita per un minimo di almeno 72 ore e autonomia operativa comprendente anche automezzi per la noria.

I MSR devono potersi integrare all'interno delle colonne Mobili Regionali di protezione civile, ed a questo scopo le Amministrazioni sanitarie e di protezione civile regionali devono cooperare sia in fase di preparazione che di intervento.



Al verificarsi dell'evento il Dipartimento della protezione civile:

- a) invia, se del caso, secondo le proprie procedure interne e le informazioni in proprio possesso circa la tipologia e disponibilità dei moduli sanitari, un primo messaggio di ALLERTA ai moduli Sanitari Regionali, allo scopo di far avviare i sistemi di reperibilità e mobilitazione dei mezzi, che però restano in attesa di PARTENZA;
- b) contatta la Regione interessata, secondo le procedure preventivamente concordate. I dati in possesso della Regione vengono comparati con quelli disponibili al Dipartimento della protezione civile, per confermare l'eventuale necessità di intervento sanitario da altre Regioni.

- c) Il Dipartimento della protezione civile, se ritenuto necessario, d'intesa con la Regione, comunica l'ordine di PARTENZA ai Moduli Sanitari delle altre Regioni, che hanno confermato la disponibilità del MSR.
- d) Le Regioni, i cui moduli hanno ricevuto l'ordine di partenza, comunicano al Dipartimento della protezione civile il nominativo ed il recapito telefonico del Capo Modulo Sanitario Regionale (capo-MSR), con cui il Dipartimento della protezione civile si terrà in stretto contatto per tutte informazioni del caso, attraverso le risorse di radio-telecomunicazione a disposizione.

Per ragioni di necessità e urgenza, nell'impossibilità di contattare la Regione colpita, l'ordine di partenza dei MSR può essere deciso dal Dipartimento della protezione civile anche in assenza di un accordo con la Regione colpita, che deve comunque essere informata quanto prima sul numero e la composizione dei moduli in arrivo sul territorio di competenza.

Il Dipartimento della protezione civile attiva i Moduli Sanitari Regionali disponibili secondo il criterio di prossimità all'area colpita dall'evento: con precedenza vengono inviati quelli delle Regioni confinanti e successivamente quelli delle altre Regioni, secondo una valutazione delle risorse necessarie.

La Regione colpita dall'evento provvederà alla attivazione ed al dispiegamento delle risorse sanitarie locali, sulla base di procedure definite dalla stessa. Il Dipartimento della protezione civile, secondo le proprie procedure interne, può inviare il proprio personale a supporto della Regione, per potenziare le capacità di coordinamento delle attività in atto. La Regione/PA attraverso i livelli di coordinamento provinciali ed intercomunali, riceverà informazioni dai territori colpiti dall'evento, in particolare per quanto riguarda:

- località colpite (dimensione e tipologia dell'evento);
- numero presunto di vittime e patologie prevalenti;
- vie di accesso utilizzabili e itinerari preferenziali;
- condizioni meteo presenti;
- mezzi e personale disponibile in loco.

Tali informazioni verranno trasmesse al Dipartimento della protezione civile, che le ritrasmetterà ai Capo-Modulo Sanitario in arrivo, ai quali saranno assegnate le specifiche destinazioni.

I Capo-MSR, durante l'avvicinamento al luogo dell'evento, devono comunicare regolarmente con la Sala Situazione Italia, fornendo la loro posizione ed il tempo stimato del loro arrivo in loco.

Il Capo-MSR giunto in loco si rapporta con la Centrale Operativa 118 competente per territorio, salvo diversa indicazione del Responsabile Funzione Sanità della Regione colpita o struttura analoga.

Il Capo-MSR arrivato in loco è responsabile della scelta della collocazione del PMA, che deve essere disposta tenendo conto delle misure di sicurezza e delle necessità del regolare svolgimento delle attività di soccorso.

La Direttiva 6 aprile 2013: “*disposizioni per la realizzazione di strutture sanitarie campali (Pass) per l'assistenza sanitaria di base e socio sanitaria alla popolazione colpita da catastrofe*” – pubblicata sulla G U n. 145 del 22 giugno 2013 definisce un ulteriore MSR. I Posti di Assistenza Socio Sanitaria (P.A.S.S.) sono strutture campali di tipo “poliambulatoriale” che offrono assistenza sanitaria non urgentistica.



Lo scopo di queste strutture è quello di permettere un rapido ritorno alla normalità della popolazione colpita da un evento calamitoso, infatti l'organizzazione dei PASS prevede la presenza del medico di base, dell'infermiere territoriale, dello psicologo, dell'assistente sociale, del pediatra, degli specialisti ambulatoriali e della farmacia.

PASS

CARATTERISTICHE	FUNZIONI
<ul style="list-style-type: none">• Non devono partire nei tempi brevi dei PMA• Appena possibile possono essere affiancati da personale locale• Sono logisticamente autonomi per lunghi periodi perché completi di personale	<ul style="list-style-type: none">• Facilitare il ritorno alla normalità• Ripristinare al meglio l'assistenza sanitaria di base che l'evento ha interrotto• Ridurre gli effetti dell'evento sulla salute psicofisica delle popolazioni colpite• Integrazione con il servizio sanitario del territorio

