

3 LE MAXI EMERGENZE SANITARIE

*Cari lettori,
Come ho già avuto modo di scrivere nell'introduzione di 'Appunti di Logistica', primo fascicolo della collana 'Quaderni di Protezione Civile', la lunga esperienza che il Sistema nazionale di Protezione civile ha maturato durante la gestione del post terremoto in Abruzzo, con particolare riferimento all'assistenza della popolazione, ha prodotto una serie di riflessioni e quindi anche di revisioni di procedure e direttive in vigore precedentemente. Lo abbiamo sempre detto che i grandi salti di qualità del nostro Sistema sono stati, purtroppo, realizzati in seguito a grandi calamità. Senza andare troppo indietro nel tempo, ricordiamo l'alluvione che mise in ginocchio il Piemonte nel '94 e la qualità della risposta che il settore regionale di Pc seppe, invece, dare nella successiva alluvione del 2000. Nel '97 il terremoto colpì Umbria e Marche senza che queste Regioni avessero una vera organizzazione di Pc. Dopo il sisma Umbria e Marche maturarono due ottimi servizi regionali di Protezione civile. Lo stesso avvenne per il Molise dopo il terremoto del 2002, mentre in Puglia nacque il servizio regionale dopo i violenti incendi dell'estate 2007 che devastarono il Gargano e Peschici in particolare. La missione Arcobaleno del 1999 è stata una tappa fondamentale per la crescita della protezione civile italiana, in cui per la prima volta furono collaudate le Colonne mobili regionali con il coordinamento del Dipartimento nazionale. E dieci anni più tardi abbiamo avuto la tragica e difficile esperienza del sisma in Abruzzo.*

Nel luglio del 2010 il Dipartimento aprì un tavolo tecnico con Regioni e Province autonome che si proponeva di ridefinire, alla luce dell'esperienza abruzzese, gli indirizzi operativi sull'utilizzo dei moduli sanitari in caso di catastrofe. Il confronto ebbe successo e oggi gli indirizzi sono diventati direttive con l'avvallo successivo dei Ministeri dell'Economia e della Sanità. Le nuove direttive rientrano in un contesto di generale evoluzione del Sistema nazionale di Protezione civile, come, per esempio, lo furono l'anno scorso quelle riguardanti l'uso dei lampeggianti e dei segnalatori acustici per i mezzi dei volontari e quest'anno il regolamento d'attuazione del D.L. 81 sulla sicurezza per la protezione civile. Questi nuovi indirizzi, a mio parere, vanno anche nella direzione di ottimizzare risorse finanziarie e umane in caso di maxiemergenze... 'Metti uomini e strutture giuste nei posti giusti e nei momenti giusti'. Buona lettura!



Franco Pasargiklian
Direttore responsabile

All'amico Marco Esposito, primario del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Macerata, fondatore e presidente dell'Ares, rapito all'affetto dei suoi cari, dei colleghi, della protezione civile marchigiana e italiana il 14 luglio scorso da un tragico incidente



La gestione delle maxiemergenze sanitarie: un sistema che sta crescendo

Intervista al dottor Federico Federighi. Il responsabile del Servizio di emergenza sanitaria del Dipartimento della Pc nazionale spiega cosa sta avvenendo e cosa avverrà in un prossimo futuro in questo settore anche in riferimento alla direttiva pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale (G.U. 250 del 26 ottobre 2011)

di Franco Pasargiklian e Francesco Unali

La gestione delle maxiemergenze sanitarie rappresenta uno dei nodi centrali nell'organizzazione dei soccorsi, e uno dei fattori cruciali per la riuscita di un intervento di protezione civile. L'ambito sanitario è chiamato a inserirsi contemporaneamente nella dimensione dell'emergenza e in quella della vita ordinaria del territorio, rendendo allo tempo stesso un servizio alla popolazione e uno alla macchina dei soccorsi. Essere in grado di predisporre un intervento efficiente nelle maxiemergenze sanitarie richiede, quindi, non solo le giuste competenze sul fronte sanitario e logistico, ma anche rispetto alla conoscenza dei luoghi colpiti dalla calamità, alla sua organizzazione e



Il dottor Federico Federighi, a destra, con il dottor Enrico Generali in una fase dell'intervista condotta da Franco Pasargiklian

alle sue quotidiane esigenze, sapendo coinvolgere nella maniera più adeguata tutte le risorse disponibili, umane e materiali con l'obiettivo di continuare a garantire i servizi sanitari alla popolazione. Per capire come sta lavorando su questo fronte il Dipartimento nazionale incontriamo a Roma a un anno e mezzo dal suo insediamento, Federico Federighi, responsabile del Servizio emergenza sanitaria, medico urgentista e rianimatore con decennale esperienza nel 118 ed elisoccorso.

Ci può spiegare in cosa consiste il suo lavoro al Dipartimento?

Nell'ambito della gestione delle emergenze il mio ruolo è quello di proporre modelli di mobilitazione e utilizzo dei mezzi sanitari di emergenza di questo Paese. Oggi il sistema si è evoluto in senso regionale, e dobbiamo tenere in grande considerazione questo elemento. Noi, come "coordinatori" del sistema dei soccorsi a livello centrale possiamo perfezionare il meccanismo di lavoro di uomini e mezzi in caso di emergenza. Un insieme di "hardware" e "software" che già lavora congiuntamente. Per hardware intendo i soccorritori volontari, mezzi specializzati, aspetti di logistica sistematizzati. Il "software" è invece il personale medico e infermieristico "in forza" al sistema sanitario nazionale che garantisce la qualità delle cure offerte nel Pma in cui opera. Noi ci occupiamo di riprodurre e mettere a punto il sistema sanitario nell'ambito di un'emergenza per far sì che possa funzionare al meglio.

In questo senso dal 2010 vi siete particolarmente impegnati nella realizzazione di una direttiva dedicata proprio agli "indirizzi operativi" sull'utilizzo

dei moduli sanitari in caso di catastrofi. Qual è stato il suo percorso?

Il Dipartimento ha iniziato a lavorare dall'anno scorso su questa direttiva, prima con le Regioni e le Province autonome nel gruppo tecnico interregionale "emergenza e urgenza", cioè i tecnici della sanità. La proposta di direttiva fu fatta per la prima volta nel luglio 2010 ed ebbe subito un'ottima accoglienza. Nel settembre successivo fu migliorata, con modeste correzioni. È stata quindi approvata dalla Protezione civile e successivamente dal Ministero dell'Economia, poi dal Ministero della Sanità e quindi è diventata la direttiva attuale.

Cosa cambia con questo documento?

Nella direttiva si stabilisce il meccanismo con cui il Dipartimento e le Regioni possono mobilitare le risorse nel più breve tempo possibile. Viene spiegato il sistema di mobilitazione della sanità nelle maxiemergenze, tenendo conto del cambiamento tecnologico e operativo di cui dispone oggi il Paese, avendo potuto anche fare tesoro dell'esperienza del sistema abruzzese che ha permesso di raccogliere un gran numero di informazioni sul campo. La direttiva definisce, inoltre, il sistema informativo per la gestione dei moduli e le procedure di attivazione e coordinamento delle strutture sanitarie.

Avete anche definito quale deve essere il livello dei professionisti coinvolti a seconda dell'emergenza?

Sì, per noi nella catena di comando e controllo devono entrare assolutamente professionisti della sanità, con le dovute distinzioni. Se la calamità ha provocato un alto numero di feriti la direttiva stabilisce che sia un medico emergenzista a occuparsi dell'intervento sanitario.

Se invece la catastrofe non ha provocato un alto numero di feriti, ma altri tipi di danni gravi che comunque interrompono il normale livello di assistenza alla popolazione, saranno coinvolti soprattutto esperti nella sanità pubblica, coadiuvati da personale che li collega alla sanità locale, che nel frattempo sarà in via di ripristino. Questo per tentare di fornire in ogni circostanza il personale più adeguato alle mutate esigenze di assistenza sanitaria della popolazione, che non sono mai le stesse anche all'interno delle stesse emergenze. Per questo, ad esempio, nei Coc e nei Com, stiamo proponendo che operino anche i medici di famiglia: sono le figure più adeguate perché conoscono il territorio, i loro pazienti, le risorse a disposizione sul territorio e possono

fare in meno tempo le scelte più efficaci a favore della popolazione colpita.

C'è poi l'aspetto riguardante l'utilizzo dei moduli sanitari, a seconda delle diverse esigenze. Come vi siete confrontati con questa problematica?

La direttiva tocca proprio il nodo del dialogo tra il Dipartimento e le Regioni per la mobilitazione delle risorse sanitarie regionali d'urgenza, cioè il "modulo sanitario". In questo senso il Dipartimento sa già prima quali e quante sono le risorse a disposizione delle Regioni e delle Province autonome. Il meccanismo che si va a creare (l'abbiamo provato tra l'altro nell'esercitazione Terex del 2010) individua il Dipartimento che per primo comunica con il livello locale e indica come utilizzare i mezzi locali. Ma quando poi dal livello "Regione" (o Provincia autonoma) vengono manifestate altre esigenze, è il Dipartimento nazionale che recepisce l'informazione dal basso e completa la fornitura di mezzi "presi" da altri territo-

Esercitazione regionale Marche, luglio 2010, COM di Fabriano. Federico Federighi con i colleghi del DPC Fabrizio Ceccaroni e Maria Rosa Casagrande e a sinistra Roberto Oreficini, direttore Dipartimento regionale Politiche integrate di Sicurezza e Protezione civile



ri. In Terex, ad esempio, mobilitammo in Garfagnana moduli sanitari di Liguria, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Lazio e persino di una struttura pesante della Lombardia. Abbiamo potuto scoprire, sebbene fosse un'esercitazione, i tempi di arrivo e disposizione dei mezzi.

Quali sono i mezzi che utilizzate?

I Posti medici avanzati di primo livello sono eccellenti strumenti da usare nella catastrofe. La direttiva punta a valorizzare l'utilizzo nelle più diverse situazioni di emergenza. Per molti anni sono state considerate strutture "da incidente maggiore" non utilizzabili in catastrofi, ma l'esperienza dell'Abruzzo ha fatto completamente cambiare opinione al riguardo. Oggi i Pma sono considerati altamente versatili e funzionali: perché sono piccoli, rapidissimi ad arrivare sul posto e, anche quando dovessero finire le risorse, continuano a trasmettere informazioni. Il punto chiave dei Pma è la velocità di intervento, la capacità di rispondere prontamente alla richiesta dell'ente locale che in quel momento non è più in grado di rispondere con le proprie risorse. Inoltre, potrebbe sembrare ovvio a dirsi ma l'abbiamo voluto mettere "nero su bianco", la direttiva specifica che all'interno del Pma deve operare personale specializzato nelle urgenze, medici e infermieri insieme. Infine, stiamo lavorando su alcuni particolari della logistica, per fare in modo che le persone che lavorano nel Pma con tutte le attrezzature possano, non solo operare con i mezzi con cui sono partite, ma anche per essere in grado di rifornire il Pma quando ne sorgesse il bisogno.

State sperimentando anche delle strutture sanitarie, per così dire, innovative?

Sì, abbiamo provato delle strutture campali non urgentiste chiamate provvisoriamente PASS (Posto di Assistenza Socio Sanitaria). Le prime di questo genere le stanno realizzando i volontari di Cuneo, in Piemonte. Noi stiamo lavorando su strutture che non devono salvare vite, ma possono risolvere problematiche altamente presenti in tutti i tipi di emergenze in cui vengono sconvolte le normali abitudini delle persone. Queste strutture, che hanno funzione precisa e autonomia logistica, risultano fondamentali quando serve assistenza specifica per dare vita ad ambulatori da campo, che possono ripristinare nell'emergenza l'equilibrio psicologico o sanitario di persone come anziani, malati o persone fragili che in un attimo si ritrovano senza medico, pediatra o con la farmacia locale chiusa perché inagibile. I PASS dispongono di professionisti provenienti da almeno cinque aree: medici di famiglia, pediatri, l'area infermieristica di territorio, l'area psicologica-psichiatrica e l'assistenza sociale. Essi possono far fronte validamente a tutte le problematiche anche gravi, ma che non riguardano il "salvare la vita" alle persone: si pensi ad esempio alla mancanza di un riferimento sul territorio per comporre le medicine di cui è composta una terapia salvavita da seguire quotidianamente. Rispetto ai Pma quindi i Pass possono partire con più calma di un Pma, con tempistiche su cui stiamo ancora lavorando. La differenza è che i Pass devono essere predisposti ad allacciarsi alle reti di servizi ordinarie, anche perché rimangono sul posto più tempo di un Pma. Anche dopo l'emergenza il Pass diventa così luogo centrale per i servizi sanitari, lì andranno a lavorare gli specialisti del posto. □

In caso di emergenza

DISPOSITIVI AD ALTA TECNOLOGIA



CONFORME ALLA
NORMATIVA

CONFORM TO

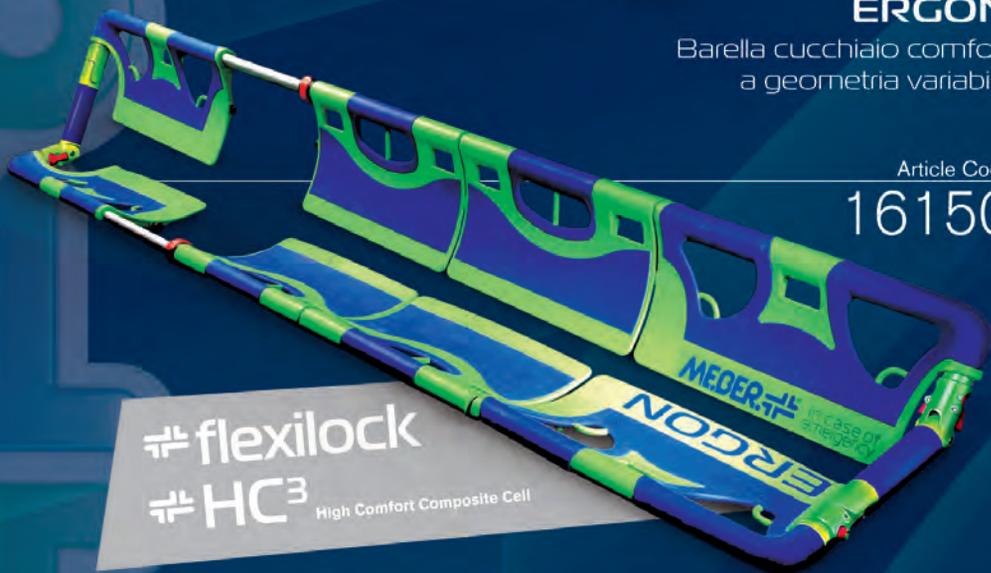
EN1865

EXTRA

Sedia portantina
scendisciale assistita

Article Code

670



ERAGON

Barella cucchiaio comfort
a geometria variabile

Article Code

16150

flexilock

HC³

High Comfort Composite Cell

Me.Ber. s.r.l.

Via Langhirano, 270 - 43124 Fontanini (Parma) Italy
Tel. 0521 648770 - Fax 0521 648780 e-mail: contact@meber.it

TOBOGA

Barella con cinture
e poggiatesta

Article Code

16100



Article Code
16102-001

Custodia per
barella Toboga
divisibile



Article Code
16100-002

Galleggiante per
barella Toboga



Article Code
16100-001

Imbragatura di sollevamento
per barella Toboga



GALAXY

Tavole spinali
adulti

Article Code

9010

9012

9015



DUCK

Tavole spinali
pediatriche

Article Code

9022

9024

9026

E-LIGHT kit indicatori luminosi a led ricaricabili con valigetta



Led blu

Article Code

11350



Led gialli

Article Code

11352





L'Italia nelle maxiemergenze internazionali

Come opera la Pc in caso di interventi anche sanitari d'emergenza che riguardano Paesi terzi?
Ce lo spiega Luigi D'Angelo, a capo del Servizio Relazioni Internazionali del Dipartimento

di Francesco Unali

L'intervento nelle maxiemergenze è spesso anche un intervento internazionale. Come accadde nel caso del devastante terremoto di Haiti del 2010, dove il piccolo e povero Paese non era preparato a rispondere e dove i danni sono stati superiori a qualsiasi capacità di risposta nazionale, portare il contributo italiano alla gestione delle emergenze nel mondo è compito dell'Ufficio Relazioni Istituzionali del Dipartimento della Protezione civile. Ne parliamo con l'ingegner Luigi D'Angelo, a capo del servizio Relazioni internazionali. Qui il coordinamento, che normalmente viene svolto a livello nazionale, prende forma in ambito europeo e persino mondiale. E le maxiemergenze diventano, ancor prima dell'intervento, piccole questioni "diplomatiche".

Il vostro è un ufficio strategico per il Dipartimento. Siete in un certo senso le sentinelle internazionali. Dove collocate la vostra azione?

Il Dipartimento nazionale garantisce il coordinamento generale della risposta ita-



L'ingegner Luigi D'Angelo

liana in caso di grandi emergenze all'estero. In particolare l'Ufficio Gestione delle Emergenze definisce le modalità e coordina l'impiego delle risorse di Protezione civile italiana anche nelle emergenze internazionali: mobilitazione di squadre di soccorso, moduli sanitari sia di proprietà degli enti



*Gennaio 2010.
Partenza del primo team
di aiuti del DPC per Haiti.
Al centro della foto
l'allora responsabile
dell'Ufficio Volontariato e
Relazioni internazionali,
Agostino Miozzo*

locali, sia in possesso del Dipartimento stesso. Il servizio relazioni internazionali assicura il corretto collegamento con tutte le istanze internazionali impegnate nella gestione delle emergenze, altri Paesi (europei e non), Nazioni Unite, Unione Europea.

Come si realizza questa azione?

Da un lato attuiamo tutta una serie di nostri contatti con le Protezioni civili degli altri Stati e gestiamo rapporti che variano da Paese a Paese e che si differenziano a seconda delle relazioni preesistenti sancite con il governo italiano, sia a livello bilaterale, europeo e internazionale. Nel campo dell'emergenza internazionale diventa fondamentale la raccolta di informazioni e il coordinamento con gli Stati o gli enti sovranazionali per garantire un contributo italiano che sia il più efficace possibile.

Quindi come agite, in pratica?

Ogni emergenza è differente perché coinvolge nazioni e territori diversi. Ci sono Paesi che prediligono il rapporto bilaterale con l'Italia, perché non sono sempre favorevoli all'intervento della comunità internazionale. Talvolta può prevalere il coordina-

mento a livello di Unione Europea, mentre in casi come Haiti c'è stata una massiccia mobilitazione a livello mondiale: una scelta che si è rivelata la migliore per raggiungere un raccordo forte, poiché il quadro dell'emergenza è apparso da subito uno dei più difficili da gestire. In ogni caso, la decisione è presa dal Governo sul momento, in base alle esigenze. Il Dipartimento, infatti, in questi casi non si muove mai da solo, ma sempre in stretto accordo con il ministero degli Affari Esteri. In ogni caso la risposta italiana viene strettamente coordinata con le attività del resto della comunità internazionale, al fine di evitare duplicazioni, sovrapposizioni e aumentare l'efficacia dell'intervento.

D'altro canto, però, il vostro compito è di reagire il più rapidamente possibile proprio per mettere a disposizione del Presidente del Consiglio la "risposta italiana" in caso di emergenza internazionale. Dunque cosa fate, nell'emergenza?

Per prima cosa raccogliamo le principali informazioni sulla maxiemergenza che si è verificata. Per questo utilizziamo diversi canali che vanno dai rapporti con le ambasciate, fino a tutti i possibili contatti con i



Immagine di Port Au Prince, capitale di Haiti, distrutta dal sisma

Paesi colpiti, comprese le relazioni con le aziende italiane presenti sul posto. La Sala situazioni Italia è un importante punto di raccordo delle informazioni, in contatto con il ministero degli Affari Esteri e con il Mic (Monitoring Information Centre), la componente operativa del Meccanismo Comunitario di Protezione civile. Il servizio internazionale cerca quindi di delineare il prima possibile il quadro di quanto accaduto, per poi comunicare al capo del Dipartimento le informazioni che gli permettano di attivare il sistema di risposta della Protezione civile italiana. Tutto questo avviene d'intesa con il ministero degli Affari esteri e la Presidenza del Consiglio dei Ministri, dopo una serie di valutazioni di livello tecnico, istituzionale e politico. Inoltre, in caso di emergenza all'estero, come prevede un decreto legge del 2005, per passare alla fase operativa vera e propria, deve essere prima dichiarato lo stato di emergenza, quindi convocato un comitato operativo presso il Dipartimento a cui partecipano il ministero degli Esteri e tutti i vertici delle componenti della Protezione

civile. In quel consesso si comincia a stabilire un comitato di crisi permanente che si occupa del coordinamento e della gestione dell'emergenza specifica.

Dicevamo dell'importanza di una risposta rapida nonostante la dimensione internazionale dell'intervento.

Faccio un esempio. Nel caso di Haiti noi avevamo subito avviato il rapporto con il consolato italiano a Port au Prince, con l'ambasciata italiana a Santo Domingo e attivato il supporto, logistico e non solo, delle aziende italiane presenti in loco. In generale, dal momento dell'allerta, il tempo di risposta va dalle 6 alle 8 ore, più il tempo necessario a predisporre tutto e convogliare le risorse e quindi avere uomini e mezzi "su pista" pronti a partire. Per interventi nel bacino del Mediterraneo diciamo che si arriva sul luogo dell'emergenza entro le 12 ore: in Turchia, nel 1999, i nostri Vigili del fuoco erano operativi dopo 10 ore. Come prima cosa noi inviamo un team avanzato interforze (composto dalle diverse strutture operative, dal Dipartimento di Pc al Corpo



Liberate i vostri strumenti più preziosi

PIXA 3

Lampada frontale multifunzione



Liberate le vostre mani... grazie alle 3 modalità di trasporto garantite dalla nuova lampada frontale PIXA 3.

Progettata per rispondere alle esigenze professionali, PIXA 3 si adatta a tutte le situazioni in ambiente con scarsa illuminazione: lavorare e vedere da vicino, spostarsi in piena sicurezza e disporre di una visione lontana e precisa.

www.petzl.com/PIXA



PETZL



Moduli sanitari del 'Gruppo Chirurgia d'Emergenza' di Pisa giunti ad Haiti con il DPC

nazionale dei Vigili del fuoco, dal Ministero della Difesa a quello degli Esteri) che con un velivolo leggero raggiunge il posto e fa una prima valutazione delle esigenze. Solo dopo vengono inviati uomini, mezzi e aiuti.

E per gli aspetti sanitari quali sono le problematiche specifiche?

Ancora qualche esempio. Per i Posti medici avanzati (Pma) già da prima che arrivino le strutture decidiamo insieme all'ambasciata dove debbano essere montate. A livello tecnico si parla di "moduli" grazie al fatto che è stata approvata dall'Unione Europea la standardizzazione delle modalità di intervento: la squadra di ricerca e soccorso deve essere composta dai un certo numero di uomini, cani, mezzi e così via. Anche il Pma è stato standardizzato rispetto al personale operante e al numero di cittadini che vi possono essere trattati. Ciò permette un

coordinamento più facile tra i diversi Paesi europei. È da notare che nella squadra sanitaria insieme a medici e infermieri è inserito anche un gruppo di logisti che permetterà nel giro di 2-3 ore di montare tutte le unità, i posti medici e le strutture inviate, rendendole operative nel minor tempo possibile. Si tratta di personale integrato nelle strutture che gestiscono il modulo. In Italia abbiamo un'esperienza importante come il "Progetto Pisarte" finanziato dalla Commissione Europea: il gruppo di chirurgia d'urgenza di Pisa insieme ai VVFF di Pisa e con l'associazione di volontariato legata ai chirurghi d'urgenza hanno organizzato un modulo composto dal Pma più VVFF che è partito in pochissimo tempo per Haiti, sperimentando linee d'intervento tutte nuove in sintonia con i dettami della Commissione Europea.

Tornando alle modalità di organizza-

zione, ci descrive il vostro rapporto con il MIC?

Nell'ambito europeo opera il MIC, acronimo di Monitoring Information Center, un network tra il centro di Protezione civile di Bruxelles e i 31 stati che partecipano al meccanismo europeo. Il MIC è attivo 24 ore su 24, rappresenta la componente operativa del Meccanismo comunitario di Protezione civile e permette che la raccolta e scambio di informazioni tra i Paesi membri. È composto di esperti permanenti della commissione europea con il supporto di esperti nazionali delle varie Protezioni civili. La Sala Situazioni Italia è il focal point del Mic per l'Italia. Quando un Paese è colpito da calamità comunica al Mic la sua richiesta di intervento dell'Unione Europea. Il Mic ribatte la richiesta a tutti gli stati membri e ciascuno contribuisce nell'ambito del Coordinamento europeo. È quanto accaduto recentemente con il Pakistan, per il quale sono state richieste pompe, medicine, tavolette per purificare l'acqua, in occasione delle alluvioni causate dalle fortissime piogge monsoniche.

Contestualmente il Mic è in grado di fare il punto sulla situazione, ma non muove uomini o mezzi. Questa procedura è ormai testata e rodada.

Esistono anche linee guida internazionali, legate alle Nazioni unite, come le Insarag?

Certo, e vengono soprattutto usate per il coordinamento dell'intervento in Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, specialmente quelli con un grado di sviluppo minore o molto distanti. Queste linee guida, a cui devono attenersi tutti gli operatori nazionali coinvolti, sono state tracciate nel 1999. Si tratta di indicazioni molto stringenti, alle quali tuttavia finora l'Italia non ha aderito, pur

avendo squadre di soccorso tra le migliori al mondo. In generale, sono ancora pochi i Paesi registrati. Stiamo avviando in questi giorni un accordo con il ministero degli Affari Esteri per poter registrare alle linee Insarag le squadre di soccorso italiane: saranno composte prevalentemente da Vigili del fuoco e seguiranno un percorso formativo che durerà circa due anni.

Quali sono le azioni in corso per il miglioramento della risposta internazionale di Protezione civile?

Partecipiamo quotidianamente al percorso europeo in questo senso, con discussioni che stanno portando a rivedere il meccanismo europeo delle procedure.

Il testo, che è risale al 2011, deve essere presentato entro la fine di questo anno e dovrà poi essere ratificato dal Parlamento e dal Consiglio Europeo entro i primi mesi dell'anno prossimo.

In questo momento partecipiamo a qualche intervento internazionale?

Al momento non stiamo intervenendo direttamente in alcuna situazione di emergenza internazionale. Stiamo invece dando supporto per la costruzione dei sistemi di protezione civile in alcuni Paesi. Parliamo di Stati come Albania, Libano o nei Caraibi, dove sono in corso progetti che svolgiamo in collaborazione con il ministero degli Esteri. Per le emergenze internazionali al momento ci stiamo concentrando sul Pakistan, di cui stiamo monitorando la situazione insieme agli altri Paesi europei e valutando le modalità di intervento. Non abbiamo squadre sul campo, ma come spesso accade in questi casi, si cercano le soluzioni migliori per inviare o reperire sul posto materiali e aiuti. □



Le maxiemergenze sanitarie e il problema degli animali

Ce ne parla Marco Leonardi, esperto in questioni veterinarie del Servizio Emergenza sanitaria del Dipartimento

di Francesco Unali

L'inscindibile rapporto tra uomo e animale assume nelle maxiemergenze un profilo del tutto particolare. Per garantire la salute, la sicurezza e il benessere delle persone uno degli aspetti non secondari da tenere in considerazione è la cura di

tutti gli animali presenti sul territorio che possono contrarre malattie o trasmetterle all'uomo. Bestiame di allevamento, animali randagi o selvatici e i tantissimi animali da compagnia, dal gatto fino agli esotici serpenti e iguana, sono il variegato



Il dottor Marco Leonardi, in primo piano

to panorama che si presenta di fronte a chi è chiamato ad affrontare una maxiemergenza sanitaria dal punto di vista veterinario. Per garantire la salute umana è necessario quindi ripristinare, anche per gli animali, condizioni sanitarie adeguate, evitando l'insorgere di "emergenze nell'emergenza" che potrebbero innescare ulteriori problematiche sanitarie anche serie in una fase particolarmente delicata. A occuparsi di questi aspetti sono gli esperti del Servizio Emergenza sanitaria del Dipartimento nazionale della Protezione civile. "Il nostro servizio - spiega il dottor Marco Leonardi - deve garantire che le aziende sanitarie locali, che coordinano i servizi veterinari a livello regionale, abbiano gli strumenti per rispondere all'emergenza. Un ruolo importante è coperto dagli istituti Zoo-

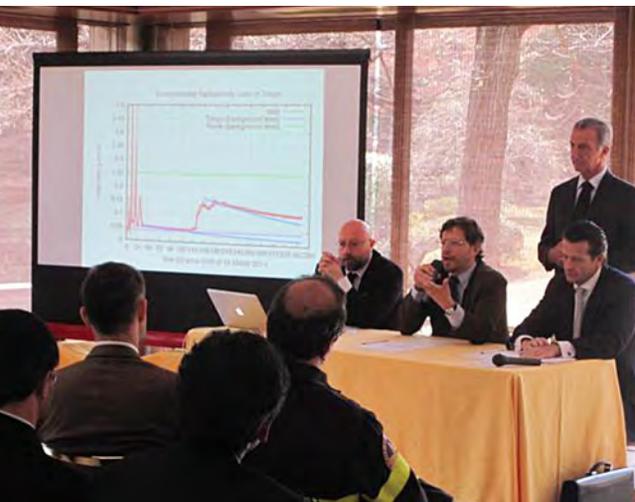
profilattici, ma anche da altre strutture operative, come il Corpo Forestale dello Stato, che possiedono strumenti per agire concretamente in questo ambito".

Mettere in sicurezza il bestiame, eliminare le carcasse, contenere il randagismo, assicurare i tanti animali domestici che vengono coinvolti nell'emergenza, riavvicinarli ai loro padroni e garantire la convivenza nelle tendopoli diventa quindi una priorità nell'emergenza.

Per fare tutto ciò il Dipartimento ottiene informazioni dal territorio, verifica l'azione a livello locale e può intervenire per sopperire a eventuali mancanze inviando strutture e personale da altri territori. L'attenzione alla sanità pubblica - umana e animale - nelle grandi emergenze nasce con il terremoto del 1980, quando i servizi veterinari locali non



Abruzzo 2009. 'Il miglior amico degli uomini' in una tenda del campo di accoglienza di Villa Sant'Angelo, gestito dall'Emilia Romagna



Tokio, Ambasciata d'Italia - marzo 2011.
Relazione ai connazionali presenti di Marco Lombardi, team leader della missione italiana in Giappone dopo il disastro di Fukushima

erano ancora ben sviluppati. “Allora la difesa del patrimonio zootecnico - prosegue Leonardi - e la salute pubblica erano le assolute priorità. Nel tempo però, crescendo certe sensibilità, i temi del ricongiungimento e della convivenza con gli animali di compagnia, anche quelli non convenzionali, hanno assunto una sempre maggiore importanza, accrescendo così il ruolo sociale dei veterinari”.

Una dimensione, quella del rischio sanitario per gli animali da compagnia, che è fortunatamente limitata in Italia, poiché malattie come la rabbia “urbana” sono ormai sradicate. La cura degli aspetti veterinari nell'emergenza può invece incidere positivamente sul livello socio-economico di un'area, quando i veterinari aiutano gli imprenditori del settore a salvare gli allevamenti colpiti dalla catastrofe e a curare gli animali dalle malattie endemiche.

Quanto alle emergenze sanitarie di tipo pandemico degli ultimi anni come le recenti influenze aviaria o suina, Leonardi ci spiega che “non abbiamo avuto

scenari tali da richiedere lo stato di emergenza e quindi l'intervento della Protezione civile. Noi in ogni caso collaboriamo con il ministero della Salute e con le Regioni per eventualmente concorrere alla risposta a queste pandemie”. Il terremoto dell'Aquila nel 2009 è stata una volta in più banco di prova e occasione di crescita anche nell'ambito veterinario: è stato svolto un grande lavoro sulla sicurezza alimentare, sono nate le prime collaborazioni con il volontariato zoofilo e si è accresciuta la coscienza del ruolo dei veterinari nell'emergenza, mentre sul fronte delle tecnologie, sempre più utilizzate, è in crescita l'uso delle cartografie tematiche, indispensabili per individuare sul territorio e utilizzare le strutture strategiche per intervenire in sicurezza. □



Uomini straordinari meritano strumenti eccezionali



inteROX è la soluzione che fa interoperare la tua rete radio con qualsiasi altra rete analogica o digitale, IP o telefonica, terrestre o satellitare.

Non importa il terminale o la rete radio che stai usando quello che hai già è sufficiente per comunicare con chi vuoi, quando vuoi.

inteROX
Interoperable NetworkX



www.interox.it



La Lombardia all'avanguardia nella gestione delle emergenze sanitarie

Roberto Cova, direttore generale della Protezione Civile, Polizia Locale e Sicurezza di Regione Lombardia, parla di Areu e delle strutture esistenti nella Regione per far fronte alle maxicalamità sanitarie

di Adriana Marmiroli

Dei problemi e delle strutture relativi alle maxiemergenze sanitarie abbiamo parlato con Roberto Cova, direttore generale della Protezione Civile lombarda: la Sanità infatti ricade sotto la giurisdizione di Protezione civile nel momento in cui si ravvisa lo stato di crisi emergenziale.

In campo sanitario la Lombardia è all'avanguardia a livello nazionale.

Vero, c'è una radicata e importante tradizione in questo campo. Il sistema Pc in Lombardia, in materia di maxiemergenze sanitarie, è sempre stato all'avanguardia anche per via di una significativa esperienza progressa in materia di strutture sanitarie per calamità ed emergenze. Infatti, e valga come premessa, seppure di origine "privata", sul nostro territorio abbiamo l'Ospedale Mobile da campo di Ana (Associazione Nazionale Alpini).

Operativo dal 1988, creato dagli alpini convenzionatisi prima con gli Ospedali



Roberto Cova, Direttore generale Protezione Civile, Polizia Locale e Sicurezza di Regione Lombardia

Tende a struttura pneumatica
Tende a struttura in alluminio
Docce di decontaminazione
Rescue Boats

www.lanco.eu

TentTech - TexTech - SignTech



LANCO

■ TentTech ■ TexTech ■ SignTech

When every second counts.

LANCO
Dr. Lange GmbH & Co. KG
Viale Luca Gaurico, 9/11
00143 Roma
Italia

Telefon: +39 06 5483 2915
Fax: +39 06 5483 4000
E-mail: info@lanco.eu
Internet: www.lanco.eu

Riuniti di Bergamo e in un secondo momento con l'Ospedale San Raffaele di Milano, che ne assicurano la gestione sanitaria medica e paramedica, è forse il più attrezzato PMA di 2° livello non solo italiano ma europeo. È una struttura complessa e avanzata, in grado di far fronte alle prime emergenze e oltre, di operare come un vero e proprio ospedale, dotato di reparti diversi, chirurgici e di rianimazione. Una struttura tanto complessa e importante che sappiamo benissimo di dover "cedere" a un livello più alto, quello nazionale, essendo lo stesso Dipartimento il suo naturale e più corretto interlocutore (e la nuova convenzione che è da poco stata firmata tra ANA e Dipartimento va in questo senso, tendente anche alla razionalizzazione delle risorse e dei budget).

Perché poi la Regione Lombardia si è anche lei dotata di un suo PMA di 2° livello.

Tutto parte dalle scelte fatte nel 2009 dalla Regione Lombardia, quando venne costituita l'Areu (Azienda Regionale Emergenza Urgenza). Si tratta di un ente che opera come un'azienda sanitaria, affiancandosi alle Asl e alle aziende ospedaliere attive sul territorio, assicurando a tutte una sorta di "service" che copre la funzione di emergenza-urgenza sanitaria. In quell'occasione la Regione Lombardia definì con delibera di Giunta che, per quanto riguardava la sanità, a livello regionale, la copertura di ogni emergenza era assicurata da tale ente: o direttamente con le sue strutture o in coordinamento con quelle private (le Croci, per esempio). Questo ha portato a un rapporto molto stretto tra noi di Pc e Areu, che è infatti sempre presente alle nostre esercitazioni. Inoltre in quell'occasione la Regione decise di dotarsi di un proprio

Pma di 2° livello: operativo presso l'ospedale di Niguarda a Milano, è una struttura completa ma agile, che forse risponde meglio alle nostre esigenze di tempestività e prima operatività di quanto non possa fare quella di Ana. Non è un caso che più volte, in occasione di esercitazioni (vedi quella internazionale del dicembre scorso in Garfagnana-Lunigiana, dove è stata simulata un'emergenza derivata da un grave evento sismico), abbiamo ricevuto encomi e riconoscimenti per la tempestività e l'efficacia del nostro intervento.

Come funziona tale struttura? Praticamente a chi fa capo Areu?

Innanzitutto è Areu che decide chi attivare delle diverse strutture mobili emergenziali, quali inserire nelle colonne mobili, si tratti delle Croci, dei Pma di 1° livello, fino al Pma di Niguarda. Tuttavia: a monte di tutto, anche della decisionalità di Areu, c'è un sistema di sinergie unitario e unificante, che è la sala operativa della Protezione civile. Perché sia ben chiaro: il governo delle maxiemergenze è qui, è nostro. In questi casi Areu assicura una sua operatività ma all'interno della sala operativa della Pc, dove è istituita l'unità di crisi. Per semplificare: Areu ricade sotto la responsabilità e dipende dalla direzione della Sanità in condizioni ordinarie (si tenga anzi ben presente la differenza che c'è tra una maxiemergenza e l'amministrazione di emergenze "ordinarie"). In caso di emergenza invece diventa parte del sistema di Protezione Civile e di conseguenza risponde a noi. Questo perché - comunque e sempre - in caso di emergenza la prima struttura ad essere allertata è la sala operativa di Pc. Che a sua volta, a seconda delle richieste ricevute, fa attivare e partire le strutture che servono realmente. □



DMR

BPG RADIO COMUNICAZIONI

Imagine Your Business Everywhere
EUROCOM
TELECOMUNICAZIONI

SAITEL
TELECOMUNICAZIONI s.r.l.



TETRA



DMR e TETRA : due soluzioni standardizzate ETSI per passare dall'analogico al digitale

MOTOTRBO è la risposta ai sistemi DMR di Motorola: una gamma completa di apparati radio dual mode analogico-digitali

 **MOTORTRBO**

DIMETRA è la risposta Motorola nelle infrastrutture radio telefoniche di rete multiaccesso TETRA per "missioni critiche"

MOTOROLA è il Vostro system partner che da oltre 75 anni si propone con innovazione tecnologica in risposta ad ogni necessità di radiocomunicazioni



Per maggiori informazioni o per conoscere il nominativo del rivenditore di zona contattate i distributori autorizzati Motorola:

BPG Radiocomunicazioni
Tel. 0121-800669
www.bpg.it

Eurocom Telecomunicazioni
Tel. 0541-694212
www.eurocomtel.com

Saitel Telecomunicazioni
Tel. 02-66014777
www.saiteltelecomunicazioni.it

REGIONE
LOMBARDIA



AREU, un caso unico

Dell'Azienda per l'emergenza urgenza creata dalla Regione Lombardia ci parlano il direttore generale, dottor Alberto Zoli, e il suo braccio destro e direttore sanitario, dottor Marco Salmoiraghi

di Adriana Marmioli e Franco Pasargiklian

Della Regione Lombardia Areu (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) è una delle eccellenze, struttura agile e testa pensante oltre che unità operativa per far fronte alle maxi calamità di carattere sanitario, non ha eguali in nessun'altra realtà locale italiana. Creata con con L.R. 12.12.2007, pienamente operativa dal 2009, ne è direttore generale fin dalle origini il dott. Alberto Zoli, medico e manager, romagnolo pendolare a Milano, che ha alle spalle una lunga esperienza nel settore delle emergenze-urgenze sanitarie. «Come medico d'urgenza ho iniziato negli anni 80 in Romagna, all'inizio con Anpas di Ravenna. Il mio "salto di qualità" avviene con la crisi del



*Marco Salmoiraghi
e a destra Alberto Zoli,
rispettivamente direttore sanitario
e direttore generale di AREU*



Missione Arcobaleno, Albania-campo di Kukes 2, aprile 1999. Alberto Zoli in missione come responsabile sanitario della Colonna mobile dell'Emilia Romagna

Kosovo: ho la responsabilità della organizzazione e direzione sanitaria su mandato della Regione Emilia Romagna del campo profughi di Kukes 2. La stessa cosa avviene per l'ospedale da campo di Pec, mentre a Pristina collaboro con le ong legate alla Regione. Nel 1999, arrivo in Lombardia all'ospedale Niguarda di Milano, dove resto per più di tre anni come direttore sanitario, quindi passo con lo stesso incarico presso l'Azienda Ospedaliera di Lecco dove resto per 5 anni. In quel periodo collaboro anche, all'interno del gemellaggio tra Capo Verde e la Regione Lombardia, allo sviluppo di alcuni reparti dell'ospedale dell'Isola di Fogo». È a questo punto che, quando viene creata, Zoli diventa direttore generale di Areu.

Quale lo specifico di Areu?

AREU è realtà atipica in Italia: insieme al

Lazio, che ha configurato però un'organizzazione diversa, la nostra è l'unica realtà di azienda regionale per l'emergenza urgenza. Siamo organizzati come una holding: le risorse umane, i beni e i servizi li acquisiamo secondo un principio di sussidiarietà orizzontale dalla Società civile (i mezzi di soccorso di base-ambulanze) e dalle Aziende Sanitarie della regione per quanto riguarda i professionisti medici e infermieri impegnati sul territorio. Con i direttori generali delle stesse abbiamo stipulato 37 contratti di servizio.

Lei è in Areu fin dall'atto costitutivo, si può dire.

Sono partito da solo (prima sede a Lecco, per circa un anno) e ho creato una squadra prevalentemente di dirigenti. Ora il quartier generale dell'azienda è a Milano. Vi operano in tutto 34 persone, di cui



*Alberto Zoli nel campo di Kukës 2
tra Staffan De Mistura Alto Commissario ONU
per i profughi del Kosovo e a destra Mirko Nanni,
l'allora coordinatore regionale dell'ANPAS Emilia
Romagna*

sone. Avendo mantenuto la titolarità del personale dal punto di vista giuridico sono loro infatti a emettere fisicamente la busta paga. Questo perché noi non selezioniamo singoli individui ma competenze, qualifiche professionali. Noi di Areu (quartier generale) siamo la dirigenza, il coordinamento regionale di emergenza urgenza Lombardia. Localmente l'attività viene svolta dalle Articolazioni Aziendali Territoriali (AAT), che corrispondono alle province, e constano di personale medico, infermieristico e tecnico, hanno la disponibilità delle tecnologie, dei mezzi su strada, elicotteri... E tutti - personale, beni e mezzi - sono finanziati da Areu in virtù di quei contratti, rendicontati trimestralmente e controllati.

Quale la finalità di questo tipo di struttura?

Puntiamo all'uniformità del sistema e del servizio su tutto il territorio regionale: creiamo standard, definiamo sistemi e organizzazione, distribuendo le risorse sul territorio in modo che siano uniformi e non sperequate a seconda delle zone e delle province. Operativa dal 2009, l'Areu è ormai una realtà consolidata, abbiamo raggiunto risultati che pensavo sarebbero stati conquistati più avanti nel tempo. E ora ci stiamo accingendo a una riorganizzazione della nostra struttura su base territoriale: dalle attuali 12 Centrali Operative vogliamo passare a 4 sole, corrispondenti ad altrettante sale operative regionali, ciascuna con una macro area di riferimento: a fronte di maggiori risorse

una decina della segreteria amministrativa. Noi non abbiamo la gestione diretta del personale medico infermieristico e tecnico: in ogni provincia abbiamo una nostra emanazione, un nostro rappresentante, responsabile territoriale che è stato scelto e nominato da me e dal direttore generale dell'Azienda da cui (ancora) dipende. Come il nostro rappresentante locale, così tutto il personale del Servizio sanitario regionale che lavora in Areu resta dipendente delle singole aziende e delle Asl.

Chi paga chi, allora?

L'Areu paga le aziende che pagano le per-



FERRINO



**Sistema ideale per lo stoccaggio
e il pronto impiego per le colonne mobili.**

Moduli di 4 tende Montana 29 FR
complete di camera interna, contenute
in cestelli impilabili e facilmente
movimentabili.



Tende Ferrino fornite al Dipartimento di Protezione Civile

PALERIE

TENDE

CAMERE





Marco Salmoiraghi tra Massimo Raffeli, rianimatore 118 e a destra Vallerio Zucchelli dell'ANPAS, durante l'esercitazione internazionale TEREX realizzata in Toscana nel novembre 2010

trapianto degli organi e tessuti e del coordinamento e compensazione a livello intra e inter regionale delle attività trasfusionali e degli emoderivati.

Quali sono a questo punto i rapporti con Pc delle cui colonne mobili siete parte in caso di maxi calamità?

La regione ha definito le attività di 1° e 2° livello e di intervento fuori dai confini locali, ovvero in ambito nazionale ed eventualmente internazionale: Areu ha un ruolo chiaro, a questo proposito. I rapporti con la Pc sono definiti da una delibera del 2009 che riguarda PC regionale, Areu e Direzione Generale Sanità; quest'ultima garantisce una perfetta integrazione per la disponibilità delle risorse sanitarie regionali (AREU, aspetti relativi all'igiene e attività specialistica ospedaliera). Questa integrazione è particolarmente importante soprattutto quando si deve attivare un PMA di 2° livello che necessita appunto di personale di provenienza ospedaliera. In caso di attivazione dell'emergenza urgenza sanitaria è la sala operativa della centrale operativa di Pc che avvia le procedure: a questo punto la struttura di Areu diventa la componente sanitaria della colonna mobile di Pc; quindi all'interno di una colonna mobile di Pc, la gestione sanitaria fa capo ad Areu. Ovvero siamo noi a organizzare e definire l'entità del nostro intervento. Dipenderà altresì da noi la richiesta di collaborazione (sempre a livello sanitario) del personale delle diverse associazioni volontarie.

sul territorio otterremo una loro ottimizzazione ed economie di scala. Le nuove sale operative gestiranno territori sovraprovinciali in una logica di sistema regionale e non più provinciale.

Operativamente significa non avere più una gestione difficoltosa sui territori di confine interprovinciali, non avere duplicazioni, colmare le carenze in alcune aree. L'attivazione delle 4 macro aree inizierà gradualmente a partire dal prossimo anno.

Oltre alle maxi calamità e alle emergenze urgenze locali, ad Areu sono stati affidati altri compiti?

Dal maggio 2010 ci occupiamo anche del coordinamento logistico di prelievo e

Un bel cambiamento rispetto al passa-

to, anche recente.

In questo periodo molte cose stanno cambiando. Sono in seno al Sistema sanitario regionale le risorse di personale cui attingere in caso di maxi emergenza. Anche il rapporto con il dipartimento di Pc si è rafforzato e chiarito da quando abbiamo per interlocutore una persona addentro nei fatti, lombardo per giunta, come il dott. Federico Federighi, ex medico del 118.

Praticamente cosa avviene?

Cosa avverrà, direi piuttosto, visto che il protocollo non è ancora operativo. In caso di emergenza il Dipartimento attiva le singole Regioni, che a loro volta si rivolgono alle Unità sanitarie locali. Ovvero: quando partirà l'allarme saranno/dovrebbero essere in tutto il Paese le Regioni ad attivarsi. Questo perché a livello di sanità sono le Regioni ad avere le potenzialità, il personale, i materiali, le strutture, la capillarità e quindi a permettere una maggiore immediatezza di intervento. L'organizzazione delle Regioni è imbattibile.

Si parla di emergenza urgenza, ma non è ben chiaro quanto debba durare il vostro intervento.

L'emergenza urgenza dovrebbe risolversi - perché sia davvero tale - nell'arco delle 72 ore. Non esiste che l'emergenza duri (come è capitato) per mesi. Dopo, da un punto di vista sanitario, si torna alla Medicina Generale, struttura che deve subentrare a noi dopo questo periodo di assestamento. Ancora una volta L'Aquila ci servirà come esempio di intervento per il futuro: in quel caso dopo pochi minuti eravamo già in grado di mandare un elicottero per fare scouting, mentre intanto si attivavano le colonne con le

strutture necessarie che sarebbero giunte a destinazione meno di 24 ore dopo l'evento (ma quei tempi sono molto migliorabili con un po' più di organizzazione). Tuttavia è chiaro che in quell'occasione è stato giusto che fossero le Marche, limitrofe geograficamente, a muoversi e a svolgere questo compito di emergenza urgenza. Tuttavia bisogna dire che la qualità e il tipo di intervento che ci viene richiesto (come la nostra risposta) devono essere modulati in funzione del tipo di calamità che ci si trova ad affrontare. Insomma, una cosa è un terremoto, una cosa - per esempio - un campo profughi.

AREU: LE SUE STRUTTURE E I RAPPORTI CON LA PROTEZIONE CIVILE

Direttore sanitario dell'azienda Areu e suo "braccio operativo", Marco Salmoiraghi è medico di direzione sanitaria con circa 25 anni di esperienza, di cui 20 trascorsi presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo, 2 all'Azienda di Lodi per poi approdare all'Areu nel giugno del 2008.

I numeri di Areu

«Faccio quindi parte della "direzione strategica", anche se poi nella realtà come spesso capita ai direttori sanitari, mi trovo coinvolto nella attività "pratica" in prima persona. La direzione sanitaria è composta da me e da altri tre medici di cui un direttore di presidio, da un dirigente infermieristico e da tre coordinatori infermieristici. Il nostro lavoro ha due ambiti prioritari di attività: la formazione del personale (il 4° piano della nostra sede è destinato ad aule per i corsi che organizziamo) e il coordinamento delle unità operative, ovvero delle 12 AAT lombarde. Dire di quanto personale è



Il PMA di 2° di AREU

costituita AREU non è semplice. “A tempo pieno” lavorano per AREU 12 responsabili medici e le 12 capo caposala delle AAT e poche altre unità. Ci sono invece i tanti medici e infermieri che al 118 dedicano solo una parte del loro tempo. Se avessimo solo persone a tempo pieno direi che siamo circa in 1500, di cui 300 medici, 900 infermieri e 200 tecnici. In realtà non è così e il numero delle persone coinvolto è molto maggiore».

I PMA

«La denominazione esatta dei moduli sanitari è PMA (Presidio Medico Avanzato). Si dividono in PMA di 1° livello, PMA di 2° Livello (come quello che in questi ultimi anni è stato acquistato dalla AO di Niguarda), PMA di 2° livello avanzato (ovvero dotato di unità chirurgica) e Ospedale da campo. In Lombardia ogni AAT di AREU ha un

suo PMA di 1° livello, a volte direttamente a volte con la collaborazione delle Associazioni di volontariato del territorio. Per spiegarci, questi sono i moduli sanitari pronti a partire entro 30 minuti dall’allarme. Possono essere coinvolti per gravi incidenti locali come per le maxi calamità. Sono dotati soprattutto di attrezzature di pronto intervento e hanno una struttura logistica ridotta, funzionale alla situazione in cui ci si può trovare a operare. Il PMA di 2° livello è invece uno solo, quello noto come URGE (Unità Regionale Grandi Emergenze): preesistente la creazione di Areu, è stato acquistato dall’Ospedale di Niguarda su finanziamento e per incarico della Regione. Quando è stata istituita Areu, la direzione è stata trasferita a noi con delibera regionale. Tale PMA di II livello, ad oggi non dispone di modulo chirurgico,

tale modulo è in fase di acquisto e assegnazione da parte del Dipartimento nazionale e a breve l'unità chirurgica sarà operativa. Questa struttura è pensata per partire entro 6 ore dall'attivazione e rimanere nel luogo dell'evento per 72 ore, con il coinvolgimento di una settimana di persone tra medici, infermieri e tecnici. In questo caso noi saremo in grado di fornire sul luogo dell'evento calamitoso un supporto sanitario anche vicariante quello di strutture ospedaliere danneggiate, pur non disponendo di una struttura completa di ospedale da campo. In Lombardia, data la quantità e capillarità di presidi ospedalieri esistenti, è difficile immaginare che si debba ricorrere al supporto di un PMA di 2° livello. È una struttura pensata più per un intervento a livello nazionale o internazionale, anche se più aumentano le distanze e i tempi di intervento e più sono necessarie altre strutture e altre competenze professionali. Quali Ospedali da campo, in Italia esistono solo l'Ospedale da campo dell'ANA e l'Ospedale di Pisa.

Tornando al Pma di 2° livello affidato all'Areu va precisato che a Niguarda resta affidato il reclutamento del personale medico e infermieristico ospedaliero che vi deve lavorare. Mentre nel Pma di 1° livello si impiegano medici e infermieri del 118, in questo secondo caso, oltre ai "centodiciottisti", occorrono medici con competenza ospedaliera: di pronto soccorso, di terapia intensiva, radiologi, chirurghi,... Il coordinamento e la formazione di questo personale rimane in carico a Niguarda, che non lo recluta solo tra il proprio personale ma tra quello di tutti gli ospedali lombardi sedi di dipartimenti di emergenza urgenza (anche se i più coinvolti sono

stati, finora, oltre a Niguarda, Bergamo e Monza).

AREU e la Pc lombarda

Le cose stanno cambiando in questi mesi. Prima Pc sottoscriveva convenzioni direttamente con le varie Associazioni di volontariato che mettevano a disposizione di Pc le proprie strutture. La Pc ora coordina le colonne mobili e dirige e gestisce tutta l'attività tecnica e logistica.

La Sanità mette invece a disposizione di Pc le proprie strutture sanitarie. Le Associazioni di volontariato limitatamente alle risorse di tipo sanitario dovranno interfacciarsi non con Pc ma direttamente con la Sanità.

Le esperienze operative Areu-Pc

Abbiamo operato a L'Aquila, con un PMA di 1° livello e con quello di 2°.

Abbiamo altresì partecipato all'esercitazione TEREX di simulazione di un terremoto in Garfagnana con un coinvolgimento verosimile proprio per la vicinanza di quel territorio con la Lombardia. La finalità era quella di testare il tempo di allertamento, arrivo e montaggio della struttura. Già che eravamo lì abbiamo poi partecipato a un secondo livello di esercitazione, che consisteva nell'accoglienza dei pazienti di un ospedale locale che aveva dovuto essere evacuato. L'Aquila e Terex ci hanno reso coscienti che ci sono ancora alcune problematiche da risolvere. In questo periodo stiamo approntando delle procedure ben codificate sui diversi scenari che ci permetteranno di rispondere ancora più velocemente all'emergenza. Essere pronti a partire in 30 minuti o in 6 ore significa avere già tutto prestabilito, pronto e molto organizzato. □



Il Servizio sanitario regionale toscano come parte del sistema regionale di Protezione civile

Alessandro Guarducci, funzionario della Protezione civile regionale, e il dottor Andrea Niccolini, direttore della Centrale Operativa 118 dell'Asl 12 della Versilia, spiegano le linee guida della loro attività in caso di maxiemergenze sanitarie

di Mario Pellegrini

Il coordinamento degli interventi di soccorso per la Regione Toscana è regolato in base alle norme contenute nella L.R. n° 67/2003: Ordinamento del sistema regionale della protezione civile e disciplina della relativa attività. In base a tale legge il coordinamento opera con le modalità definite nelle procedure operative regionali per l'intervento sanitario nelle emergenze. Le Asl, e più in generale le strutture facenti parte del servizio sanitario, concorrono a sostenere il sistema regionale di Protezione civile.

L'ingegner Alessandro Guarducci, funzionario del settore regionale toscano di Protezione Civile, spiega: "Il Servizio sanitario regionale costituisce una delle componenti della complessa organizzazione che viene attivata in caso di eventi naturali, calamità, catastrofi o eventi di origine antropica, di cui all'art. 2 della

legge n° 225/1992 (la legge istitutiva del Servizio Nazionale della Protezione civile, ndr), vale a dire in tutte le situazioni di emergenza di Protezione civile. Dal che può desumersi che un'emergenza sanitaria si inserisce di regola in una più generale emergenza di protezione civile. Ecco così che i piani sanitari per le emergenze costituiscono lo strumento attraverso il quale il Servizio sanitario regionale organizza la risposta ad emergenze derivanti da eventi straordinari, in modo da garantire il coordinamento di tutte le attività di competenza del servizio medesimo".

Tale necessità di coordinamento, ha infine concluso Alessandro Guarducci, "è ancora più significativa e deve essere organizzata con riferimento alla fattispecie di rischio che superano le capacità di risposta delle varie Asl afferenti l'area vasta di riferimento, oltre che, ovviamente, alle fattispecie

già oggetto della ordinaria integrazione sul territorio regionale”.

A questo proposito si è dimostrata di fondamentale importanza l'esercitazione europea nota come Terex 2010, svoltasi dal 25 al 28 novembre 2010, con la simulazione di un evento sismico che ha coinvolto le province di Lucca, Massa Carrara, Pistoia e Pisa, nel corso della quale è stata appunto testata la capacità di coordinamento della risposta extraospedaliera, la validità dei Piani di emergenza ospedalieri, sia nel caso di massiccio afflusso di feriti, sia di evacuazione in ottemperanza alla Dgr 1390/04, e infine la sperimentazione – unitamente alle risorse del volontariato regionale e in accordo con il Dipartimento della Protezione Civile - dell'allestimento di presidi di assistenza socio-sanitaria. A questo proposito durante lo svolgimento di tale esercitazione sono stati predisposti 12 Pma di 1° livello dei Servizi 118 regionali ed il Pma chirurgico del Gruppo Chirurgia d'Urgenza di Pisa.

In precedenza già l'alluvione del 16 giugno 1996 in Alta Versilia e più recentemente l'esplosione del carro cisterna carico di GPL avvenuta alla stazione ferroviaria di Viareggio il 29 giugno 2009 avevano permesso di testare l'efficienza e l'organizzazione del Servizio sanitario che – pur essendo ovviamente sempre migliorabile – è da ritenersi ormai efficiente in tutta la Toscana. La cosa è tanto più significativa se si pensa che la maggior parte del territorio regionale è sottoposto a rischi sismici, idrici e idrogeologici non indifferenti, per cui per quanto grandi o piccole le emergenze sono sempre incombenti.

“Durante l'esercitazione Terex 2010 – ci ha detto il dottor Andrea Niccolini, direttore della Centrale Operativa 118 dell'ASL 12 della Versilia e quindi facente parte della struttura operativa composta



In primo piano Alessandro Guarducci

31

dalle dodici Centrali 118 della Toscana – è stato accertato con soddisfazione che l'attivazione di tutti i Pma, previsto entro 60 minuti dal lancio dell'allarme, si è puntualmente verificato, come prescritto dal Sistema Regionale d'Intervento. Questo a dimostrazione della raggiunta efficienza professionale, nonché della preparazione specifica delle nostre strutture operative. Nel caso di una qualsiasi maxiemergenza, la Centrale 118 investita territorialmente, dopo averne verificato l'effettiva importanza, deve richiedere la collaborazione delle centrali limitrofe, in modo da coordinare nel più breve tempo possibile tutta l'attività logistica che il caso richiede, dal numero dei mezzi di cui si può disporre, alla quantità e specializzazione del personale medico e paramedico a disposizione, fino alla ricerca immediata degli ospedali ritenuti in grado di ospitare i feriti.



Andrea Niccolini

Tutto questo fino all'attivazione della S.O.U.P. (Sala Operativa Unificata Permanente) della Regione Toscana, anche questa funzionante 24 ore su 24 per 365 giorni, cui devono far capo le singole Centrali Operative 118 della Regione”.

Per le maxiemergenze di qualsiasi tipo, i dodici Centri Operativi 118 della Toscana sono pertanto dotati di strutture tendenti ad affrontarle in modo omogeneo, oltre a essere forniti dello stesso tipo di materiale, avuto in dotazione secondo le linee guida del Coordinamento Regionale 118. In primo luogo i Centri hanno a disposizione una grande tenda pneumatica destinata a ospitare un Pma di 1° livello dove deve operare soltanto personale medico e paramedico della struttura chiamata in causa. Si tratta, fra l'altro, di una tenda di tipo modulare e quindi capace di unirsi ad altre in caso che più 118 siano chiamati a intervenire. Questi Pma hanno un'autonomia lavorativa che va dalle 6 alle 12 ore e - come ha già sottolineato il dottor Andrea Niccolini - deve essere pronta in strada entro e non oltre 60 minuti dal ricevuto allarme. Infine, sempre in dotazione ai dodici Centri 118, c'è anche una tensostruttura NBCR per decontaminazione

nucleare, biologica, chimica e radioattiva, ovviamente utilizzata soltanto a supporto tecnico dei Vigili del fuoco che sono demandati a questa particolare operazione. Sempre per quanto riguarda le maxi-emergenze, il personale impiegato deve essere costituito da soccorritori di livello avanzato, che hanno quindi superato gli esami che si svolgono a conclusione di corsi specifici della durata di diversi mesi. In pratica questi soccorritori devono risultare esperti nelle tecniche di rianimazione e di barellaggio e conoscere i sistemi di intervento per le cardiopatie di base.

“È evidente che, sia pure e organizzati e strutturati in modo omogeneo - ha detto ancora il dottor Niccolini -, ogni Centro Operativo dispone di uomini e mezzi capaci di intervenire a seconda della geomorfologia del territorio posto la sua giurisdizione. È poi necessario tener conto che la Regione ha messo a disposizione del Servizio 118 tre elicotteri Pegaso di base presso l'Ospedale fiorentino di Ponte a Niccheri (al centro) e gli aeroporti di Grosseto (a sud) e del Cinquale a Massa Carrara (a nord), cioè a dire i tre punti ritenuti strategici per coprire tutto il territorio toscano”. □

reverse®

ABBIGLIAMENTO TECNICO PROFESSIONALE



“ Quando non si può tornare indietro, bisogna soltanto preoccuparsi del modo migliore per avanzare. ”

Paulo Coelho

Via F.lli Bronzetti, 35 Gallarate (VA)
Tel. +39 0331 79 17 90 - Fax +39 0331 78 19 33
info@reversesrl.com - www.reversesrl.com

REGIONE
TOSCANA



Il Gruppo Chirurgia d'Urgenza di Pisa

Creato nel 1985, ha operato con successo e efficienza in diversi scenari nazionali e internazionali in situazioni di grandi calamità naturali, tanto da essere preso a modello per strutture similari dalla Comunità Europea

di Mario Pellegrini

Il Gruppo Chirurgia d'Urgenza, una Onlus presieduta dal professor Giuseppe Evangelista, è oggi composto da 120 volontari fra medici, infermieri e tecnici, di cui il 90% appartiene all'Azienda Universitaria Ospeda-



liera di Pisa, dove ha anche la sede. A far tempo dalla sua costituzione, si è sempre messo a disposizione per intervenire - sia in Italia che all'estero - a favore delle popolazioni colpite da grandi eventi naturali come terremoti, eruzio-

*Giuseppe Evangelista,
presidente
del 'Gruppo Chirurgia
d'Emergenza' di Pisa*



ni e inondazioni o in seguito ad eventi bellici verificatisi nei paesi limitrofi. Il tutto, ovviamente, secondo le direttive del Dipartimento della Protezione civile nazionale e, ultimamente, della Comunità Europea che, addirittura, lo ha preso a esempio per i modi ed i termini con cui è stato visto operare. In sostanza si tratta di una realtà forse non conosciuta come si dovrebbe, ma che a livello nazionale costituisce un insostituibile punto di riferimento nel caso di catastrofi o calamità naturali.

“Ideatore dell’iniziativa e artefice del progetto per la sua attuazione – ci racconta il prof. Giuseppe Evangelista - è stato il prof. Enrico Cavina nel 1985, allora Direttore della cattedra di Chirurgia d’Urgenza. La sua filosofia era quella di

portare sul campo, con le dovute peculiarità, una operatività quotidiana nel trattamento delle emergenze-urgenze. Al fine di amalgamare le persone e quindi stimolarle alla partecipazione, venne fondata un’associazione di volontariato Onlus denominata Gruppo Chirurgia d’Urgenza per interventi di protezione civile. Oggi ha come riferimento per la formazione e il training chirurgico l’Unità Operativa di Chirurgia Generale e d’Urgenza nonchè la Scuola di Specializzazione in Chirurgia d’Urgenza e Pronto Soccorso dell’Università di Pisa diretta dal prof. Massimo Seccia. Il coordinamento del Gruppo, quale presidente dell’associazione, è stato affidato a me. Per attuare le sue finalità il Gruppo doveva avere un supporto logistico sotto-



Medici volontari del G.C.U. ad Haiti con alcuni Vigili del Fuoco e funzionari del DPC

tenda per il trattamento delle vittime e tutta la strumentazione e i presidi sanitari relativi per formare un'Unità Sanitaria Mobile campale. Con il passare degli anni tali supporti sono divenuti sempre più sofisticati, mentre le tende tradizionali sono state sostituite da quelle pneumatiche, di facile e rapido montaggio. Il personale sanitario che per lo più lavora quotidianamente in reparti di area critica, viene formato sia con corsi certificati dall'American College of Surgeons, sia con corsi specifici di medicina delle catastrofi, chirurgia di guerra, e inoltre con l'obbligo di frequentare il corso annuale di perfezionamento in tecniche sanitarie di Protezione civile, tenuto dal Dipartimento di Chirurgia”.

Come è evidente il Gruppo Chirurgia d'Urgenza di Pisa dà forma e consistenza ad un'équipe altamente specializzata, dotata di tutti gli strumenti adatti a interventi anche in condizioni estremamente precarie, come quelli dei terremoti in Turchia del 1991 - il primo in assoluto in cui intervenne il Gruppo -, in Umbria (a Foligno) del 1998, di Algeri nel 2003, di Bam in Iran fra il dicembre 2003 e il gennaio 2004, del Sichuan in Cina nel 2008 e di Haiti nel gennaio 2010. In più ci sono da annoverare gli interventi umanitari nel 1998 a Valona (nel contesto dell'operazione Arcobaleno e come appoggio tecnico all'Ospedale dell'Ana), e fra il dicembre 2004 e il gennaio 2005 nello Sri Lanka, come conseguenza dello tsunami che colpì l'Estremo Oriente.

In origine l'équipe d'intervento era composta da 14 unità (7 medici e 7 infermieri), ma poi - anche per la complessità degli interventi - è stata portata a 20: 8 medici, di cui uno con le funzioni di team leader fra chirurghi, anestesisti

e traumatologi; 10 infermieri, compreso uno strumentista, un'ostetrica e un tecnico di laboratorio, e 2 tecnici. “Giunti sullo scenario dell'evento - ci spiega ancora il prof. Evangelista -, mentre una parte dei sanitari si dedica al montaggio dell'Unità Sanitaria Mobile, gli altri possono iniziare un primo triage che verrà seguito dall'idoneo trattamento di stabilizzazione e la possibilità di procedere a interventi salva-vita improcrastinabili, avendo a disposizione anche un'attrezzata sala operatoria delle dimensioni di metri 7,50 per 5,25. Oltre a questa, il Gruppo dispone di altre destinate al pronto soccorso di stabilizzazione e alla diagnostica. Completano il corredo strumentale un apparecchio per analisi cliniche con spettrofotometro, un apparecchio con ecografo portatile, un'apparecchiatura radio-satellitare con possibilità di teleconsulto. A queste vanno poi aggiunte le tende destinate a dormitorio, magazzino e servizi igienici”.

Il materiale di cui dispone il Gruppo è distinto fra logistico (tende, generatori, ecc.) e sanitario, che per ovvii motivi deve essere sottoposto a verifiche periodiche. Il tutto è preassemblato in appositi contenitori in alluminio con contrassegno con codice colore internazionale, mentre in caso di missione è prevista - per viveri, presidi sanitari ed equipaggiamento - un'autonomia completa di cinque giorni. Dato infine che gli interventi richiesti sono avvenuti nella grande maggioranza dei casi al di fuori del territorio nazionale, esiste uno stretto rapporto di collaborazione con la 46ª Aerobrigata di stanza all'Aeroporto militare di Pisa, tanto è vero che esiste un piano di stoccaggio del materiale da potersi attuare nel più breve tempo possibile. □

UN'IDEA VINCENTE: TRASFORMARE LA SOLIDARIETA'

IN QUALITA' DEL SERVIZIO ALLA COMUNITA'

Si fa presto a dire solidarietà. Tutti pensano di fare qualcosa per gli altri; ma poi, quanti veramente riescono a passare dalle parole ai fatti? Questa, in sintesi, è la mission di SolidarityBus. Mettere a disposizione di Amministrazioni Pubbliche ed

Enti, senza alcun costo, soluzioni "chiavi in mano" nell'ambito dei mezzi e veicoli speciali. Da questa, apparentemente semplice, definizione è nata un'azienda che consente a Protezione Civile, Volontari, Enti di Primo Soccorso, di

beneficiare dell'utilizzo di mezzi speciali attrezzati con i più moderni allestimenti e tecnologie: autoambulanze, autolettighe, veicoli 4x4 e mezzi speciali, allestiti in base alle richieste specifiche dell'Ente beneficiario e messi a disposizione della comunità in comodato d'uso gratuito, senza alcuna responsabilità per l'Ente.

Le modalità di intervento di SolidarityBus sono semplici e quasi immediate; una analisi del territorio ed una ricerca tra le realtà produttive e commerciali che possono affiancare l'azienda nello sforzo economico di acquisto e gestione del mezzo stesso. In sintesi l'azienda

opera come collettore di esigenze e di potenzialità; raccoglie le richieste, le valuta dal punto di vista etico-sociale, le sottopone al mondo imprenditoriale, redige un piano finanziario, acquista ed allestisce il mezzo.



Numero Verde
800 86 48 55

Via Cipro, 1 - 25124 Brescia - Telefono +39 030 22193207 - Fax +39 030 22193206
mail: info@solidaritybus.com www.solidaritybus.com

solidarity
bus



ARES, la "risposta" marchigiana al problema delle maxiemergenze sanitarie

Ripercorriamo la storia dell'Associazione creata dal dottor Marco Esposito nel 1999. Da una precisa idea di sanità a una struttura all'avanguardia

di Paola Cimarelli

Dal 1999 a oggi ha portato speranza nei luoghi del mondo e dell'Italia dove ha operato, una speranza che ha sempre avuto i colori dell'arcobaleno che contraddistinguono il suo logo e anche la sua origine.

L'Ares-Associazione Regionale Emergenza Sanitaria e Sociale (www.ares-italia.org), infatti, è stata costituita nel 1999 da 19 operatori sanitari che avevano partecipato a un'azione umanitaria della Regione Marche nell'ambito della Missione Arcobaleno in Albania, un'iniziativa intrapresa a tutela della popolazione del Kosovo. La spinta propulsiva alla nascita dell'Ares arrivò da Marco Esposito, direttore del Pronto soccorso dell'Ospedale di Macerata, scomparso all'improvviso lo scorso luglio, a 52 anni, che ne è stato il presidente fin dalla sua fondazione. "L'Associazione è nata dall'esigenza che ha sentito mio marito, di ritorno dalla Missione Arcobaleno – ricor-

da la moglie, Olivia Ulivi, che, da sempre, affianca la sua professione di psicologa alla cura della segreteria dell'Ares di cui è anche presidente onorario –, di formare un team di esperti che potessero intervenire in situazioni di emergenza sanitaria". La scomparsa del dottor Esposito è stata un evento drammatico per la sua famiglia e per i componenti della Associazione, che traevano ispirazione e forza, ogni giorno, dalle sua volontà. "Dare una risposta all'emergenza, sempre e comunque. Con qualsiasi mezzo a disposizione. Una risposta, però, va data". Tania Ordonselli, medico che ha lavorato a suo fianco, ricorda queste parole di Marco Esposito.

"Ogni minuto – cita ancora la dottoressa Ordonselli - abbiamo a che fare con persone che soffrono, non possiamo permetterci di sbagliare". Lo ripeteva costantemente ai suoi più stretti collaboratori e a se stesso, anche se il primo a non averne bisogno era proprio lui.



L'Aquila, aprile 1999. Visita delle autorità all'Ospedale da campo della Regione Marche, gestito dall'ARES. Da sinistra: Roberto Oreficini, direttore regionale Dipartimento Politiche integrate di Sicurezza e Pc; un funzionario del DPC; Gian Mario Spacca, presidente della Regione Marche; Gianfranco Fini, presidente della Camera dei Deputati; Susanna Balducci, funzionario Pc della Marche; Agostino Miozzo, l'allora direttore dell'Ufficio Volontariato e Relazioni internazionali del DPC; Marco Esposito, fondatore e presidente dell'ARES e Franco Gabrielli, all'epoca prefetto dell'Aquila

39

Parole a cui seguivano i fatti, in maniera coerente con la sua condotta di vita, primo esempio per chi gli lavorava accanto. Ed esempio anche per la famiglia e i figli che adorava”.

“Un Medico di quelli con la “M” maiuscola - prosegue la dottoressa Ordonelli –, animato esclusivamente da passione, sentimento e amore per una professione assai delicata che è soprattutto missione. Proprio così Marco concepiva la sua vita professionale. Instancabile, sempre con la battuta pronta, ma al tempo stesso esigente e disponibile con i suoi più stretti collaboratori. Un vero leader, capace di intervenire prima che lo sconforto prendesse il sopravvento”.

La formazione è stata, da sempre, per l'Ares, l'antidoto allo sconforto di dover affrontare le gravi situazioni che si creano nell'emergenza. La necessità di formare un gruppo operativo d'intervento sanitario in caso di urgenza nacque, infatti, in Esposito e negli altri fondatori dell'Ares, dalla consapevolezza che, nelle fasi acute di catastrofi, l'improvvisazione non contribuisse a realizzare un intervento efficace. I protocolli di medicina delle catastrofi sono differenti dalle pratiche mediche ordinarie, così come i materiali e le specializzazioni richieste, a seconda del genere di evento da fronteggiare. Occorre, perciò, una preparazione costante. Per questo la formazione è stata



Un reparto dell'Ospedale da campo marchigiano

per l'Ares, da subito, il pilastro della sua efficacia e della sua preparazione e l'hanno portata a poter contare, alla data di luglio, su 659 soci fra medici, infermieri, psicologi, logisti, presenti in venti regioni italiane (tutte tranne Molise e Sicilia), attivi in particolare nelle Marche, in Emilia Romagna, Toscana e Piemonte. Le competenze e la professionalità dei soci dell'Ares le hanno permesso di essere iscritta all'elenco nazionale delle Associazioni Onlus di Protezione civile e di avere una collaborazione costante e proficua con la Regione Marche che ha portato a decine d'interventi in Italia e nel mondo in situazioni di emergenza. L'Ares, infatti, costantemente operativa nella sede del 118 degli Ospedali Riuniti di Ancona, è una risorsa che si attiva attraverso la Soup regionale (Sala Operativa Unificata Permanente della Pro-

tezione Civile) nelle situazioni in cui le necessità di una zona disastrata eccedano le capacità sanitarie della stessa, anche in sede extra regionale e nazionale.

A questo rapporto, ufficializzato con una convenzione sottoscritta, per la prima volta, nel novembre 2000, si sono aggiunti, negli anni, accordi specifici siglati per migliorare l'efficacia delle azioni di maxiemergenza sanitaria: la convenzione sperimentale con l'I.N.R.C.A. di Ancona per l'approvvigionamento di farmaci per gli interventi urgenti di soccorso destinati ad essere usati nell'ospedale da campo della Regione Marche; il progetto per i Piani di Emergenza Intraospedaliera Massiccio Afflusso Feriti; la formazione realizzata dall'Ares, in collaborazione con il personale delle Centrali operative dei 118 regionali, per l'applicazione del protocollo Triage Start, indirizzato ai soccor-

ritori sanitari delle organizzazioni di volontariato, Croce Rossa Italiana e Anpas regionali; l'istituzione dell'Epem (Equipes Psicologiche per le Emergenze Marche) per la risposta psicosociale nelle maxiemergenze.

“La Regione Marche ha sempre puntato a specializzare la propria capacità di risposta in ambito di maxiemergenza sanitaria – sottolinea Roberto Oreficini, direttore del Dipartimento per le Politiche Integrate di Sicurezza e per la Protezione civile – considerando che uno dei fattori strategici e di prova dei sistemi territoriali di emergenza è proprio l'organizzazione dei soccorsi sanitari. La sinergia quotidiana ha contraddistinto l'operato di tutte le componenti del nostro sistema regionale di Protezione civile, in particolare con l'Ares”.

Susanna Balducci, referente Emergenze sanitarie della Protezione civile della Regione Marche, spiega che, insieme, Ares e Regione, oltre ad aver partecipato a numerose esercitazioni nazionali ed europee, “hanno lavorato alla costituzione del Gores (Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria), creato per affrontare le problematiche connesse all'organizzazione della risposta nelle maxiemergenze sanitarie, in cui Marco Esposito era componente esperto nella medicina delle catastrofi”. Hanno collaborato, in Italia, alla realizzazione, nel settembre 2004, del Grande evento di Loreto (An) dov'è stato allestito per la prima volta l'ospedale da campo regionale, con l'individuazione di modelli di intervento del soccorso sanitario in ambito di Protezione civile.



Pakistan, sisma 2005. Marco Esposito in missione



Il dottor Mario Caroli, neo presidente di Ares

Un'esperienza che si è ripetuta, sempre nella città mariana, con il Grande Evento del 2007, con l'acquisizione di una sala operatoria per ospedale da campo regionale, e, ancora, lo scorso settembre al Grande Evento del XXV Congresso Eucaristico Nazionale. Nell'aprile 2005, inoltre, hanno partecipato, a Roma, alle

esequie di Papa Giovanni Paolo II, con l'intervento di due Pma di 2° livello, allestiti insieme ad Anpas Marche e Vigili del fuoco volontari di Ancona. Fra le missioni umanitarie internazionali, con il coordinamento della Protezione civile nazionale, Ares e Dipartimento della Protezione civile della Regione Marche sono intervenute, nel dicembre 2004, nell'emergenza del Sud-Est asiatico, provocata dal maremoto, partendo con un modulo sanitario. Da ottobre 2005 a gennaio 2006 sono intervenuti nell'emergenza del terremoto del Pakistan, con un ospedale da campo insieme all'Anpas Marche e ai Vigili del fuoco volontari di Ancona. Gli stessi soggetti, con una struttura campale sanitaria, sono andati in Indonesia nel maggio 2006 per affrontare le conseguenze del terremoto. Ad Haiti, nel febbraio-marzo 2010, c'è stata la partecipazione di un modulo sanitario Ares con funzionari della Protezione civile regionale, volontari logisti e cuochi di organizzazioni di



Catania, 2005 - Eurosot, esercitazione internazionale



Olanda, 2011 - Esercitazione internazionale

volontariato regionale e Anpas. L'ultima missione nazionale dell'Ares è stata quella in Abruzzo per il terremoto del 6 aprile 2009, dove l'Associazione è stata chiamata a prestare assistenza sanitaria alla popolazione duramente colpita dal sisma. L'intervento è iniziato subito dopo il terremoto su richiesta del Dipartimento della Protezione Civile regionale e nazionale. Ad appena 10 ore dall'evento sismico, la Regione Marche ha allestito a L'Aquila un ospedale da campo, completo di una sala operatoria e di una tenda per le degenze di tutti quei pazienti che erano già ricoverati nell'ospedale reso inagibile dal sisma e per quelli che sarebbero giunti nei giorni successivi dal territorio disastrato.

Dopo tanta esperienza accumulata in questi anni e dopo la scomparsa di Marco Esposito, all'Ares nessuno ha dubbi su quale sarà il futuro dell'Associazione, su quale sarà il suo ruolo, che trarrà sempre ispirazione dal ricordo dell'energia e della forza del suo ideatore. "Ritengo che il futuro dell'Ares sarà certamente positivo – commenta la signora Ulivi – perché credo che mio marito

abbia seminato molto bene in questi anni. Ha riunito tante persone accanto a sé, persone formate dal punto di vista professionale e che hanno una grande motivazione, tutte decise ad andare avanti. Io continuerò sempre a fare la mia parte nel curare i rapporti con tutti i soci sparsi sul territorio nazionale. L'intenzione è di andare avanti e di farlo al meglio".

Mario Caroli, vicepresidente dell'Associazione, dice che "il progetto dell'Ares va avanti con il programma formativo che si svolge durante tutto l'anno (a novembre ci sarà un incontro a Ferrara). Sono previste attività formative per tutti i soci, che vengono preparati per essere pronti ad affrontare le situazioni di emergenza e di catastrofe anche con percorsi specifici per le missioni internazionali". Fra le azioni che l'Ares sta portando avanti, inoltre, "c'è il progetto di partecipare sempre più attivamente al Meccanismo Europeo di Protezione civile – aggiunge Caroli – per il quale abbiamo partecipato con l'ospedale da campo della Regione Marche all'esercitazione che si è svolta a maggio in Olanda". □

REGIONE
LAZIO



ARES 118 Lazio

La centrale operativa, di cui Giancarlo Mosiello è responsabile, si trova al centro di un nodo nevralgico e delicatissimo per la quantità e qualità degli interventi cui deve quotidianamente far fronte

di Francesco Unali

Il dottor Giancarlo Mosiello è il responsabile della Centrale Operativa Regionale dell'Ares118 Lazio, azienda sanitaria regionale che risponde e gestisce le fasi di allarme e di risposta di emergenza sanitaria in tutto il territorio della Regione Lazio. Ci siamo fatti raccontare da lui tutti i particolari del “sistema” che dirige.

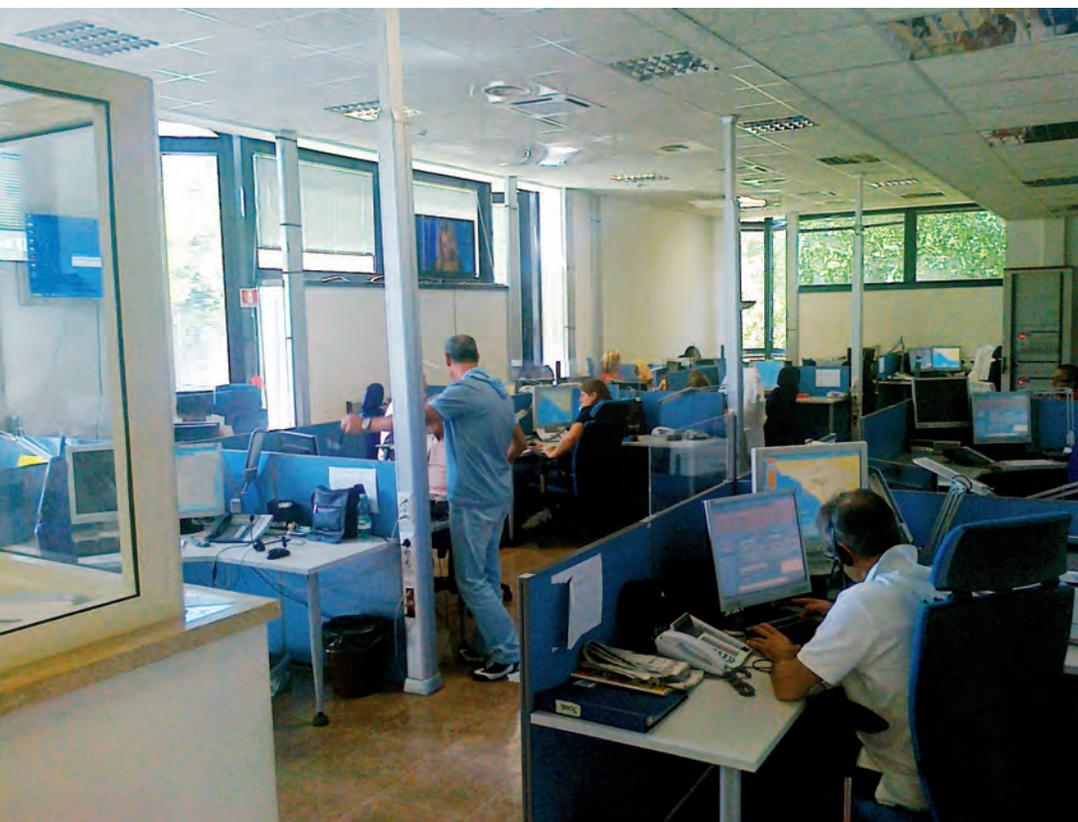
La centrale operativa dell'Ares118 è di certo il miglior punto di vista per descrivere il sistema dell'emergenza sanitaria, oggi.

Sicuramente è un punto di vista privilegiato. La nostra azienda, istituita nel 2004, coordina e gestisce le fasi di allarme e di risposta extraospedaliera per le emergenze sanitarie, compresa l'emergenza neonatale, il trasporto di sangue e organi e i trasporti secondari legati al primo intervento. Presso di noi opera personale sanitario esperto in emergenza-urgenza che, seppur sostenuto da linee guida, protocolli operativi nazionali, regionali e aziendali, è consapevole di dover costruire una risposta “personaliz-

zata” rispetto ai bisogni di salute della persona che in quel momento, in quel contesto ha attivato il contatto con il 118. I nostri servizi puntano a mettere al centro il paziente con prestazioni appropriate e di qualità. In particolare poi, la fase di allarme è affidata alle centrali operative Ares118: nelle due fasi di risposta, quella territoriale è coordinata e gestita dal “sistema soccorso” Ares118, mentre quella ospedaliera vede la partecipazione di tutte le strutture sanitarie esistenti (Dea di II e I livello, Pronto soccorso, Punti di primo intervento) collegate con le postazioni Ares118 sparse sul territorio.

In cosa consiste il vostro lavoro e quello delle centrali operative delle province laziali?

Il nostro lavoro richiede innanzitutto una programmazione e pianificazione del soccorso sanitario e quindi la concreta gestione attraverso gli interventi, coordinati sul territorio e con le strutture sanitarie che insistono sui vari territori della



Interno della Centrale operativa dell'Ares 118 Lazio

regione. Per questo ci avvaliamo, oltre che della centrale operativa regionale, di sei centrali provinciali e di strutture come le unità complesse Elisoccorso e Maxi-emergenze. Il modello organizzativo che utilizziamo da diversi anni si è dimostrato adatto a rispondere alle necessità sanitarie dei cittadini e dei turisti che, in qualsiasi mese dell'anno, si muovono nel vasto territorio della regione Lazio. Il sistema dell'Ares118 è in grado di garantire una risposta efficace anche all'insieme di manifestazioni ludiche, sportive e religiose che si svolgono quotidianamente nella città di Roma.

Come operano le centrali operative?

Le sei Centrali Operative Provinciali

(Roma Capitale, Roma Provincia, Frosinone, Rieti, Viterbo e Latina) ricevono le richieste di bisogni sanitari che pervengono al numero unico 118 sia da parte del cittadino che da tutte le istituzioni e gli enti coinvolti in situazioni di emergenza-urgenza. Esse attivano la risposta adeguata al bisogno, gestiscono il soccorso sanitario su ambulanza o elicottero dal momento della chiamata fino alla presa in carico da parte della struttura sanitaria più idonea secondo procedure aziendali codificate. Infine queste strutture programmano e pianificano le proprie risorse umane, tecnologiche e i mezzi di soccorso.

Che ruolo ha in particolare la centrale

PROCEDURA MAXIEMERGENZA

COMPITI DEL 1° EQUIPAGGIO GIUNTO IN UNO SCENARIO DI MAXI EMERGENZA

1. **VALUTAZIONE** dell'evento, scelta dei fattori di rischio e delle risorse disponibili sul campo.

- RESPONSABILE DEI VIGILI DEL FUOCO
- RESPONSABILE DELL'ORDINE PUBBLICO (POLIZIA)
- RESPONSABILE DELL'ORDINE ASSISTENZIALE

ESSE COSTITUITO

IL PRIMO POSTO DI CONTROLLO E VIGILANZA

COMPITI DEL PRIMO POSTO DI CONTROLLO E VIGILANZA:

- Attivazione risorse di soccorso
- Indicazione strade
- Preaffidazione Comunicazioni con la Centrale Operativa
- Attivazione del Piano di Comando e Controllo
- Attivazione Punto di Comando e Controllo
- Attivazione Area Sanitaria (ambulanze)
- Preaffidazione Area Sanitaria (ambulanze)
- Punto Raccolta (veicoli)

1. **CONFERMA** se prima sanzione presentata al punto di controllo è sufficiente.

Se sulla scena è già presente un Disegno Medico di Pronto Soccorso, l'**INFERMIERE** svolge le funzioni di **RESPONSABILE DEL TRIAGE**.

L'**AUTISTA** svolge le funzioni di **ASSETTO ALLO SCORRIMENTO**.

Si applica con il primo mezzo di soccorso con autorizzazione in un punto di comando e controllo a mantenere le Comunicazioni radio aperte e per il C.O.

L'**AUSILIARIO** svolge le funzioni di **RESPONSABILE DEL PUNTO DI CONCENTRAMENTO DEI MEZZI DI SOCCORSO**.

LA PRIMA MEZZORA E' LA PIU' IMPORTANTE!

APPENA GIUNTO SUL POSTO:

- Valuta la scena
- Riferisci alla Centrale Operativa
- Rapporti con i Vigili del Fuoco
- Ricorda di operare in sicurezza

NORMA DI RECUPERO

TRIEGGE → AREA CODICI VERDI → SVACUAZIONE PAZIENTI → PUNTO RACCOLTA MEZZI DI SOCCORSO

AREA CODICI ROSSI → PUNTO RACCOLTA MEZZI DI SOCCORSO

POSTO DI COMANDO E CONTROLLO (112, 118, 119, COMUNE)

POSTO RACCOLTA SOCCORRITI

OGNI INFORMAZIONE RELATIVA ALL'EVENTO VA COMUNICATA TEMPIVAMENTE AL PUNTO DI COMANDO E CONTROLLO SULLA SCENA, CHE SI RAPPORTA CON GLI ALTRI ENTI.

PER NON CREARE INTUZZI ALL'ARMISSIO, È ESPRESSAMENTE FATTO DIVIETO A CHIUNQUE DI DIFFONDERE NOTIZIE ALL'ESTERNO.

COMPITI DEGLI EQUIPAGGI GIUNTI IN SECONDA BATTUTA IN UNO SCENARIO DI MAXI EMERGENZA

- Si posizionano presso l'area di concentrazione dei mezzi comandata dal **RESPONSABILE DEL PUNTO DI CONCENTRAMENTO DEI MEZZI DI SOCCORSO**.
- L'**INFERMIERE** e l'**AUSILIARIO** in rapporto con il **RESPONSABILE DEL PUNTO DI CONCENTRAMENTO DEI MEZZI DI SOCCORSO** presenti sulla scena e ne eseguono le direttive.
- L'**AUTISTA** resta sul mezzo di soccorso presso l'area concentrazione mezzi in ascolto radio.

Piano Evacuazione

Rossi	DEA II livello
Gialli	DEA I livello Vicini DEA II livello
Verdi	DEA I livello Lontani
Stabilizzazione	Ospedale di Bacino

regionale che lei guida?

La Centrale Regionale svolge tutta una serie di attività che presentano valenza di carattere regionale e non locale. Tra i suoi compiti c'è il coordinamento delle attività di trasferimento inter-ospedaliero di pazienti in "reparti di area critica".

Questo in tutto il territorio regionale e in casi di gravità eccezionale anche fuori regione, come nel caso di grandi ustionati o di trapianti d'organo. La centrale regionale ne coordina tutte le fasi, dalla ricognizione preventiva delle disponibilità al contatto tra le strutture richiedenti ed accettanti, fino alla attivazione delle fasi di trasporto tramite elisoccorso o ambulanza in collaborazione con i servizi interessati (Centrali Provinciali, Servizio di Elisoccorso, ecc). Supporta inoltre con il Servizio trasporto emergenza neonatale, il Servizio di trasporto assistito materno e il trasporto sul territorio di sangue e organi. La Centrale Re-

gionale infine gestisce la Centrale d'Ascolto dei medici addetti alla "Continuità Assistenziale" di Roma e Provincia (ex guardia medica).

Ha accennato alle due unità complesse: Elisoccorso e Maxiemergenze.

Ares118 può contare su un servizio di elisoccorso impegnato sulle 24 ore per i trasferimenti interospedalieri e di 12 ore al giorno per i soccorsi primari incluse le isole Pontine. Il servizio si articola su tre basi operative (Roma, Viterbo e Latina) ed è svolto soprattutto per i trasferimenti nel territorio regionale. C'è poi l'Unità maxiemergenze e grandi eventi che ha il compito specifico di gestire i grandi eventi e le manifestazioni che per il loro elevato numero di partecipanti necessitano di una organizzazione autonoma e di risorse supplementari che non possono essere garantite dalle risorse di una singola provincia. Tra gli altri suoi compiti è da

EDY PER LE EMERGENZE



Le uniche veramente personalizzabili



Per consentire l'immediata ed efficace operatività dei soccorsi

Per non farsi trovare impreparati nella gestione della crisi

EDY è
la soluzione

Le uniche tende
veramente personalizzabili



EDY
we invent, you solve

www.edygroup.com

Edy SpA Via Raffaele Mattioli 136 - 156 - 47522 Cesena (FC) - Italia
Ph. (+39) 0547 317630 - Fax - (+39) 0547 317969 - info@edygroup.com

Nel 2006 a Roma ci fu un grave incidente nella linea A della Metropolitana, con centinaia di feriti, una vera e propria maxiemergenza sanitaria. Come organizzaste l'intervento e il coordinamento in quel frangente?

Fu un impegno notevole che affrontammo efficacemente grazie a un piano razionale per lo smistamento dei pazienti nelle strutture sanitarie della Capitale. Fondamentali furono le attività di preparazione realizzate in precedenza: solo un anno prima infatti, nell'esercitazione Matilda, avevamo simulato proprio un intervento in metropolitana. In quella circostanza furono fondamentali la corretta attuazione delle procedure organizzative interne, l'utilizzo di piani di distribuzione dei pazienti negli ospedali che coinvolsero ben 17 strutture sanitarie diverse, l'effettiva collaborazione con gli altri enti coinvolti nel soccorso e l'attivazione di tutte le risorse regionali e di volontariato per far fronte all'emergenza.

Ci descriva uno dei grandi eventi in cui siete stati protagonisti: come vi siete organizzati? Io penso, per esempio al 1° maggio 2010, con la contemporanea presenza della beatificazione di papa Giovanni Paolo II e del "Concertone" dei sindacati.

?Quei due eventi hanno costituito un impegno straordinario cui è stato possibile rispondere grazie alla attivazione di una organizzazione integrata tra la nostra Azienda Regionale 118, le altre Istituzioni, la Rete Ospedaliera. Abbiamo dovuto assistere in contemporanea circa due milioni di persone, un milione e mezzo per la beatificazione e circa cinquecentomila per il concerto. Abbiamo attivato un ospedale da campo, 25 Pma, oltre 200 ambulanze, oltre 500 squadre

di barellieri. In tutto circa 3000 persone impegnate nelle 48 ore dell'evento. Fondamentali sono state le implementazioni delle e risorse sanitarie fornite dalla Croce Rossa Italiana e dalle Organizzazioni Nazionali di Protezione Civile (Anpas e Associazione Nazionale delle Misericordie d'Italia) che hanno richiamato volontari anche dalle regioni limitrofe. Importante in questo frangente è stato il collegamento diretto con tutte le strutture coinvolte, non solo le risorse schierate in strada ma tutti i 20 ospedali dell'area romana. Abbiamo attivato 220 postazioni radio, con due canali, uno di soccorso e uno di coordinamento, con circa diecimila comunicazioni radio effettuate per 3000 soccorsi nelle due sole piccole aree degli eventi e appena 150 ricoveri totali. Si pensi che, in un giornata ordinaria, Roma registra circa 1000 soccorsi nelle 24 ore in tutta la città.

I dati parlano di un successo del vostro modello organizzativo. Ma qual è ad oggi la frontiera da superare nella gestione dei grandi eventi e delle maxi emergenze?

Non credo che esista una frontiera o un limite nella preparazione della risposta alle Maxiemergenze. Bisogna sempre andare avanti per migliorarsi in un'ottica d'integrazione costante e continua tra servizi pubblici, professionisti del soccorso e volontariato. Quanto al miglioramento del servizio, troppo spesso si dice che bisognerebbe avere molte più risorse economiche, il che è sicuramente vero, ma prima di tutto, a mio parere, bisognerebbe procedere a una più attenta educazione sanitaria dei cittadini in relazione a tutti i servizi sanitari, e maggiormente nell'ambito dell'emergenza-urgenza per

PROCEDURA MAXIEMERGENZA

LA PRIMA MEZZORA E' LA PIU' IMPORTANTE!

APPENA GIUNTO SUL POSTO:

- Valuta la scena
- Riferisci alla Centrale Operativa
- Rapportati con i Vigili del Fuoco
- Ricorda di operare in sicurezza

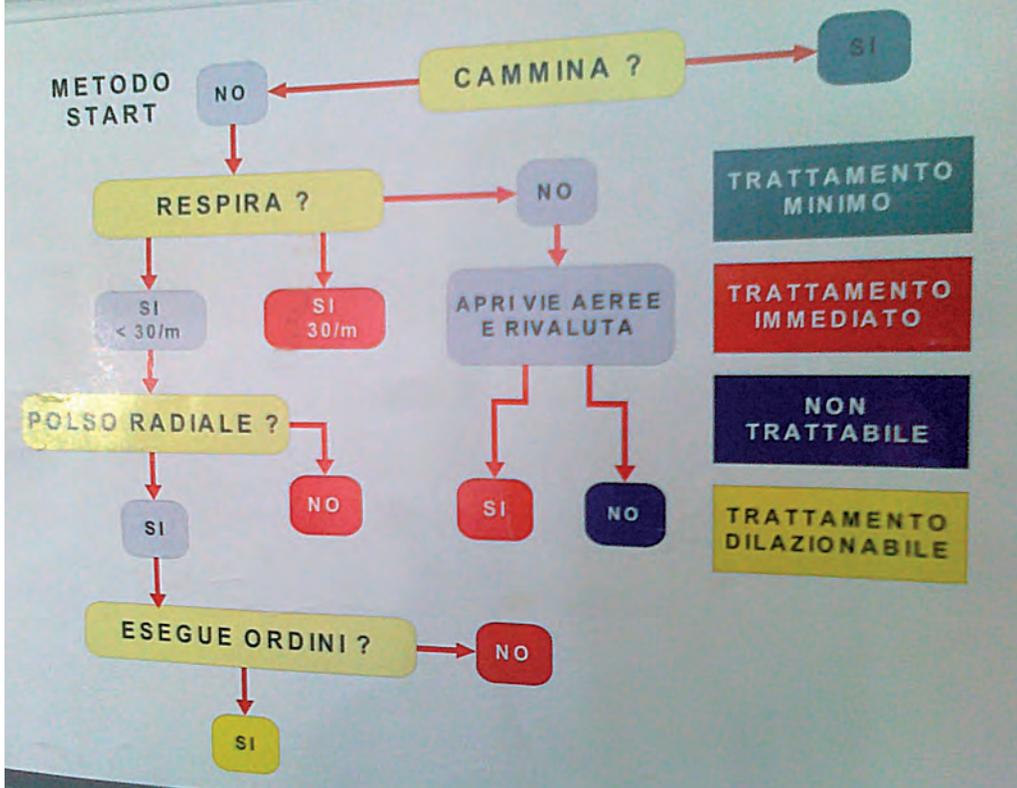
evitare sprechi nell'erogazione del servizio stesso.

Un altro fronte su cui la vostra crescita professionale è costante è quello delle tecnologie che usate per fornire un servizio sempre più tempestivo e puntuale alle persone. Quali tecnologie utilizzate?

Le tecnologie sono aggiornate costantemente. Proprio in questo periodo stiamo rinnovando i centralini telefonici e potenziando la rete radio. Durante l'evento del 1° maggio un punto di forza è stato un ponte radio dedicato con apparati mobili per tutte le squadre. Stiamo lavorando poi allo sviluppo del numero unico europeo 112. Abbiamo il vantaggio di essere una azienda regionale che già collabora quotidianamente con la Polizia di Stato, i Carabinieri, Vigili del fuoco e la Protezione civile regionale. Già oggi svolgiamo con loro attività comuni come un call center sanitario presso il 113 o alcune postazioni di ambulanze gestite insieme ai Vigili del fuoco.

Per concludere, uno sguardo sull'Europa. Volendo paragonare la vostra esperienza a livello continentale, come si posiziona Ares118?

Nel 2008 a Torino si è svolto un incontro interministeriale proprio sul sistema del Servizio Sanitario d'Emergenza nell'Unione Europea, teso a costruire una mappa dei diversi sistemi nazionali dell'emergenza, al fine di individuare soluzioni comuni ai punti critici. In tale ambito si è evidenziato che ogni Servizio di Emergenza deve assicurare, favorire e migliorare l'accessibilità al Servizio stesso tramite un numero unico territoriale utilizzabile da tutti i cittadini dell'Unione Europea e coordinando le fasi di risposta e intervento con procedure e protocolli omogenei per tutto il territorio comunitario. ARES118 per la sua valenza regionale e le esperienze acquisite nei Grandi Eventi presenta una consolidata esperienza nel soccorso a cittadini non italiani e protocolli d'intervento uniformi in tutto il territorio. Tali attività già collocano ARES118 in



linea con le raccomandazioni europee.

Leggo di un vostro piano di riorganizzazione per cui vorreste che fossero affidati ad ARES118 il coordinamento e la gestione sull'intero territorio regionale dei trasferimenti di tutti i pazienti di emergenza, in criticità o in continuità di soccorso. A che punto è questa idea e che problemi permetterebbe di superare?

I nuovi decreti regionali hanno realizzato un percorso, soprattutto per la erogazione di prestazione sanitaria in ambito ospedaliero, secondo quanto già preannunciato nella riforma Mariotti in base alla quale le strutture ospedaliere dovevano diventare espressamente luoghi di cura graduando il livello delle prestazioni da erogare. Noi oggi ci muoviamo all'interno di una rete sanitaria, non dissimile dal progetto del 1968, che vede i nodi cruciali in strutture sanitarie con caratteristiche di HUB & SPOKE, strutture

sede di DEA di II e I livello, Pronto soccorso e Punti di Primo soccorso. Con il grande progresso professionale e tecnologico avvenuto in questi anni, si può senza dubbio "affidare il paziente alla struttura sanitaria più idonea al trattamento della patologia rilevata". L'ARES118 con il modello organizzativo e le articolazioni affidate alle proprie centrali operative ha tutte le potenzialità per poter armonizzare gli interventi sanitari nella rete in emergenza-urgenza, in quanto dispone di personale specializzato in attività di soccorso e di tecnologie di comunicazione avanzate che collegano l'intera rete sanitaria regionale. In tale ambito già coordina le attività di trasferimento interospedaliero in emergenza per pazienti critici, e potrebbe fornire la propria esperienza per altre attività anche non urgenti, quali il cosiddetto back transport o trasporto di pazienti non più critici nell'ambito di una attività integrata con gli altri soggetti della rete assistenziale. □



L'ospedale da campo dell'Ana

Il professor Pantaleo Lucio Losapio tratteggia la storia della struttura da lui diretta e ne descrive il funzionamento

di Francesco Lamberini

L'ospedale da campo dell'Associazione nazionale Alpini può essere considerato sicuramente uno dei fiori all'occhiello dell'articolata ed efficace macchina dei soccorsi che contrassegna il nostro Paese. Nato negli anni Ottanta dalle esperienze vissute da medici ed infermieri, alpini e non, nei terremoti del Friuli (1976) e dell'Irpinia (1980), a fondarlo, su incarico di Leonardo Caprioli, allora presidente dell'Ana, è stato il professor Pantaleo Lucio Losapio, a quei tempi

aiuto ospedaliero. Losapio, 71 anni, è ancora oggi direttore dell'ospedale e parlare con lui di questa prestigiosa struttura consente di ripercorrere i progressi che l'hanno contrassegnata in oltre un trentennio di attività e di mettere a fuoco le tappe più significative degli aiuti offerti alle popolazioni colpite da calamità. A Losapio, dunque, si addice di certo la definizione di "medico in prima linea". Nel ricordare le sue innumerevoli esperienze lui stesso am-

*Terremoto
in Armenia 1988.
Il Prof. Losapio
con in braccio
una bambina*





Maremoto Sri Lanka 2005. Rifornimenti per l'Ospedale da campo ANA

mette: “Ho lasciato il cuore in tanti posti”.
A livello logistico l'ospedale da campo dell'Ana ha la sua sede direttiva con sala operativa a Bergamo, nel presidio Matteo Rota degli Ospedali Riuniti. Quella stan-

ziale, invece, sorge presso il 3° Reggimento Aquila dell'aeroporto di Orio al Serio, dove tutti i materiali sono stoccati a partire dal grande ospedale a quello che è definito l'ospedale leggero, ovvero un Pma di livello modulabile in funzione

53

Maremoto Sri Lanka 2005. Visita del Prof. Losapio agli ambulatori dell'Ospedale da campo





Mezzi della Colonna mobile

dell'emergenza, pronto a partire nel giro di sette ore per l'estero, ma utilizzabile anche sul territorio nazionale. Sempre in sede stanziale ci sono poi una serie di automezzi medicalizzati e logistici per i trasporti leggeri e le macchine di movimento per il caricamento delle autocolonne. Tutto è comunque predisposto affinché in caso di calamità le varie strutture possano essere imbarcate sia su aerei sia trasferite via terra. "Per l'estero – dice Losapio – vengono utilizzati quasi sempre dei velivoli, ma ci sono state anche eccezioni. Per esempio, in un paio di operazioni, in Armenia e in Albania, durante la guerra del Kossovo, le autocolonne sono state trasferite via nave in quanto composte da strutture pesanti". "Quello che noi oggi proponiamo – suggerisce Losapio – è che, ultimata la primissima fase di emergenza caratterizzata mediamente da 48-72 ore, dovrebbe esaurirsi la competenza del 118. Da quel momento noi siamo pronti a intervenire modularmente con una delle tante strutture che abbiamo, cioè l'ospedale da campo leggero, quello pesante oppure componenti singole per l'assistenza locale". La precisazione giunge opportuna

poiché sono ancora in corso di definizione con il Dipartimento della Protezione civile, nonché con la Regione Lombardia, i tempi di intervento e i ruoli che riguardano il 118 e l'ospedale da campo dell'Ana, inteso quest'ultimo come struttura nel suo complesso in quanto coinvolge anche la colonna mobile e i singoli moduli.

"Una volta superata la fase dell'impatto con un evento calamitoso che vede in prima linea il 118 – dice dal canto suo Ugolino Ugolini, direttore operativo e sanitario dell'ospedale da campo – segue inevitabilmente il periodo della post emergenza che necessita di una struttura di tipo ospedaliero in grado di offrire quei servizi sanitari ordinari venuti a mancare e di cui la popolazione ha bisogno. Pertanto ci auguriamo che venga definitivamente codificato quell'avvicendamento che vede subentrare al 118 i volontari della nostra Associazione, in grado di garantire un'attività con caratteristiche ospedaliere. È dunque opportuno che il Dipartimento e le Regioni si accordino per considerare automatico questo tipo di sinergia, anche nell'ottica di garantire nel tempo gli opportuni sostegni".

Le strutture finalizzate a prestare soccorso alle popolazioni vengono calibrate, ovviamente, a seconda dell'intensità dell'evento calamitoso e della sua estensione. In caso di fenomeno ben localizzato viene inviato sul posto il cosiddetto M.A.P.I. – H (Modulo abitativo di pronto impiego ad uso sanitario), rapidamente installabile con pronto soccorso e ambulatorio per le visite mediche. Quando invece si verificano calamità maggiori gli interventi sono attuati con posti medici avanzati dal 1° al 3° livello (quest'ultimo definito anche ospedale



L'Ospedale da campo ANA

leggero dal Dipartimento, e dotato di sala operatoria) a seconda delle locali necessità. Quando infine si manifestano calamità di tali proporzioni da distruggere le strutture sanitarie locali, viene inviato il grande ospedale, come è avvenuto per esempio in Umbria. Per tutelare questo territorio si è provveduto ad attivare un Pronto soccorso H-24, a mettere a disposizione ambulatori per i medici di base e ad aprire una farmacia. Interventi simili sono stati attuati, in tempi più recenti, anche in Abruzzo.

In sede internazionale il grande ospedale è "sbarcato" in Armenia, in occasione di uno dei più terrificanti terremoti dello scorso secolo che ha raso al suolo gran



parte di quella regione. Può essere considerata questa la prima grande missione in cui la struttura è stata utilizzata per il pronto soccorso, la diagnostica, gli ambulatori specialistici e la chirurgia. "Io stesso - sottolinea Losapio - durante la mia attività di chirurgo plastico ho operato numerosi bambini con malformazioni facciali. Successivamente ci siamo spostati in Albania dove è stato necessario eseguire numerosi interventi ma anche far nascere tanti bambini. I parti ci hanno impegnato un po' ovunque.



Ricordo che solo nello Sri Lanka ne sono venuti alla luce circa 300 durante la nostra permanenza”.

“Attualmente – dice Pantaleo Lucio Losapio – siamo giunti alla quarta versione di questa struttura, in pratica completata rispetto alle versioni precedenti che l’hanno vista utilizzata a moduli nelle varie missioni, nazionali e internazionali. Moduli che di volta in volta sono stati lasciati sul posto e poi sostituiti”.

L’ultima tipologia di ospedale da campo, definita anche maggiore, è stata presentata a settembre 2010 a Milano, alla presenza delle massime autorità, durante le giornate nazionali di Protezione civile.

Numeroso il pubblico che successivamente ha avuto modo di visitare il complesso. Si tratta di un grande ospedale dotato di accettazione e Pronto soccorso che introducono un articolato itinerario contrassegnato da diverse componenti sanitarie e tecnico-logistiche. Molti sono gli ambulatori specialistici a disposizione, come Otorino, Oculistica, Radiologia, Chirurgia, Ginecologia e Pediatria, che fanno leva su alte tecnologie.

Quest’ultime sono posizionate in ambienti a parete fissa, tipo container, ma che si presentano di aspetto più raffinato.

“Di persone disposte a partire per le missioni – dice Losapio – ne abbiamo tante, ma sono 112 quelle sempre pronte a gestire l’operatività dell’ospedale da campo. Dopo l’esperienza in Sri Lanka è subentrato a darci una grossa mano l’Aispo (Associazione italiana solidarietà tra i popoli) dell’ospedale San Raffaele di Milano, nosocomio con cui già dal 2006 abbiamo un accordo operativo a livello di disponibilità di personale sanitario.

Inoltre siamo sempre grati agli Ospedali Riuniti di Bergamo per il fondamentale sostegno che ci ha sempre dato fin dai primi anni della nostra attività”. □