

## **L'EMERGENZA SANITARIA IN ITALIA: ASPETTI NORMATIVI.**

*Le responsabilità ed i compiti delle istituzioni nelle emergenze sanitarie e nelle catastrofi.*

Prof. Francesco Polizzi

### Premessa

Dal punto di vista sanitario parliamo di emergenze singole o “mono-emergenze” quando viene coinvolta una persona singola o un ristretto numero di persone; parliamo di “micro-emergenze” quando sono coinvolti piccoli nuclei di individui in aree territoriali circoscritte e di “maxiemergenze” quando rilevante è il numero di persone coinvolte contemporaneamente su vaste estensioni territoriali.

È vero che l'emergenza sanitaria caratterizza i grandi eventi naturali e tecnologici quali quelli descritti, ma è pur vero che esiste un'emergenza quotidiana che crea un numero di vittime di gran lunga superiore, alla quale però siamo assuefatti dalla quotidianità.

Essa è rappresentata dal grande numero di vittime di incidenti stradali e del lavoro.

In undici anni di conflitto in Vietnam le vittime sono state 42.000, mentre nello stesso periodo, le vittime di incidenti di qualsiasi tipologia in territorio metropolitano USA sono state 25 volte superiori e 420.000 solo per incidenti stradali.

I dati parlano chiaro, ci troviamo di fronte ad un enorme problema sociale su scala planetaria che annulla tutti i confini geografici, etnici e sociali e trova tutti uniti nella sofferenza.

La legislazione deve tenere conto di tutto ciò.

In Italia esiste una normativa sanitaria tra le più avanzate d'Europa. Tutto ebbe inizio il 13 marzo 1992, quando su proposta della Direzione Generale degli Ospedali del Ministero della Sanità all'epoca, e per lunghi anni da me diretta, il Ministro della Sanità pro-tempore fece approvare dal Consiglio dei Ministri l' **“Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni in materia di Emergenza Sanitaria”**.

In precedenza il 24 aprile 1990 io stesso avevo stipulato con., la Società dei telefoni, all'epoca SIP, un contratto per l'acquisto di apparecchi di centrale per l'attivazione del numero di chiamata unica per tutto il territorio nazionale, identificandolo con il numero “118”, in considerazione del fatto che era questo il primo numero disponibile, dopo un inaccettabile oltre che improponibile 117 (almeno per i meridionali). Così nacque il 118.

L'Atto di indirizzo e coordinamento, approvato con DPR 27 marzo 1992, n° 76, prevedeva un'articolazione funzionale basata sul sistema di allarme sanitario e sul sistema di accettazione ospedaliera. Il “sistema di allarme sanitario” veniva assicurato da una Centrale Operativa raggiungibile da tutta Italia con il numero telefonico unico 118.

### Funzionamento del sistema 118.

Alla centrale operativa 118 sarebbero affluite tutte le richieste di intervento per l'Emergenza Sanitaria. La Centrale infatti ebbe il compito di garantire il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento e in particolare di assicurare i collegamenti via radio con le autoambulanze e con i servizi di accettazione ospedaliera.

Il sistema di allarme e soccorso operante sul territorio è collegato con il sistema di accettazione e di Emergenza Sanitaria operativo nei singoli ospedali.

Il sistema di accettazione e di Emergenza Sanitaria operativo nei singoli ospedali è incentrato su:

- a) Servizio di Pronto Soccorso
- b) Dipartimento di Emergenza.

Era compito delle Regioni e delle Province autonome individuare gli ospedali sedi di Pronto Soccorso e di Dipartimento di Emergenza.

L'Ospedale sede di Pronto Soccorso (ma non di Dipartimento di Emergenza) doveva assicurare, oltre agli interventi diagnostici-terapeutici di emergenza!urgenza. gli interventi necessari alla conservazione e alla stabilizzazione delle funzioni vitali dei pazienti e garantirne il "trasporto protetto" in caso di trasferimento, nonché almeno un primo accertamento diagnostico, clinico strumentale e di laboratorio.

Il Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA) oltre al Pronto Soccorso doveva assicurare anche interventi diagnostici-terapeutici: medici, chirurgici, ortopedici, pediatrici, assistenza cardiologica e rianimatoria.

Sono a tutti note le difficoltà nella realizzazione di questa legge lche all'epoca rivoluzionò l'intero settore. Il ricorso al TAR del Lazio, presentato dai medici di Pronto Soccorso, causò l'annullamento del DPR 27.03.1992 c provocò di conseguenza notevoli ritardi nell'applicazione della legge stessa, che però fu recepita ed adottata dalle Regioni con leggi proprie, emanate sulla base dell'autonomia regionale in materia sanitaria.

**Le successive linee-guida sui sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27.03.1992**, furono pubblicate sulla G.U. n° 114 del. 07.05. 1996 e fornirono modelli organizzativi abbastanza dettagliati, superando notevoli difficoltà interpretative e contribuendo a sdrammatizzare le conflittualità esistenti fra le varie figure dei medici specialisti.

Il Ministero dell'Interno ha emanato un D.M. del 13 febbraio 2003 sui soccorsi sanitari nelle catastrofi.

Si definisce piano d'emergenza l'insieme delle procedure operative di intervento da attuarsi nel caso in cui si verifichi l'evento atteso, contemplato in un apposito scenario.

Il piano d'emergenza, che deve recepire il programma di previsione e prevenzione, è lo strumento che consente alle autorità competenti di predisporre e coordinare gli interventi di soccorso a tutela della popolazione e dei beni in un'area a rischio, e di garantire con ogni mezzo il mantenimento del livello di vita «civile» messo in crisi da una situazione che comporta necessariamente gravi disagi fisici e psicologici.

Il piano è una struttura dinamica, poiché variano le situazioni territoriali e, anche se la ciclicità è un fattore costante per i fenomeni calamitosi, l'entità del danno ed il tipo di soccorsi sono parametri variabili che di volta in volta caratterizzano gli effetti reali dell'evento. È pertanto necessario procedere periodicamente non solo all'aggiornamento dello scenario dell'evento atteso, ma anche delle procedure di intervento.

### Il piano nazionale di emergenza

La pianificazione nazionale ha l'obiettivo di definire e coordinare gli interventi di soccorso ed assistenza alle popolazioni colpite da eventi di "tipo c" ( "calamità naturali, catastrofi o altri eventi che per intensità ed estensione debbono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari", art. 2 Legge n° 225/1992) I piani di emergenza nazionali sono distinti per tipo di rischio e riferiti ad aree specifiche del territorio italiano, individuate con il concorso della comunità scientifica in funzione della pericolosità dell'evento calamitoso e della vulnerabilità del territorio.

Il Piano di emergenza nazionale assicura la mobilitazione di tutte le componenti del Servizio nazionale di protezione civile come un'unica organizzazione di emergenza per salvaguardare il benessere dei cittadini colpiti, attraverso la disponibilità di risorse istituzionali centrali e periferiche, gli aiuti coordinati dalle organizzazioni di volontariato e dell'iniziativa privata e, se necessario, la richiesta di assistenza a Paesi esteri.

### Programma Regionale

Nell'ambito delle funzioni conferite alle Regioni in materia di protezione civile (D.L. n° 112/1998 art. 108) la Regione provvede alla predisposizione dei programmi di previsione e prevenzione dei rischi, anche dal punto di vista sanitario, sulla base degli indirizzi nazionali.

## Programma provinciali

È una pianificazione elaborata, sulla base degli indirizzi regionali, per fronteggiare nel territorio provinciale gli eventi con dimensioni superiori alla risposta organizzata dal Sindaco.

Il D.L. n. 112/1998 prevede che il piano provinciale sia elaborato dalla Provincia sulla base degli indirizzi regionali. In attesa della predisposizione da parte delle Province dei piani di emergenza, sono in vigore piani provinciali di emergenza elaborati dalla Prefettura sulla base di direttive dell'Amministrazione centrale dello Stato.

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

- Il Centro Coordinamento Soccorsi (CCS) massimo organo di coordinamento delle attività di protezione civile a livello provinciale. È composto dai responsabili di tutte le componenti e strutture operative presenti nel territorio provinciale che dovranno individuare le strategie di intervento per il superamento dell'emergenza, razionalizzare le risorse disponibili e garantire il coordinamento delle attività dei COM che ad esso fanno riferimento.
- La Sala Operativa, è articolata in Funzioni di supporto ciascuna delle quali è competente, per il proprio settore, della risposta operativa che occorre organizzare in qualsiasi tipo di emergenza a carattere provinciale.
- I Centri Operativi Misti (COM) strutture decentrate, costituite da rappresentanti dei Comuni e delle strutture operative, in cui si raccordano gli indirizzi forniti dalla Prefettura con quelli dei Sindaci.

Ogni singola Funzione avrà un proprio responsabile che in condizioni di normalità, aggiornerà i dati relativi alla propria funzione ed in caso di emergenza coordinerà il settore.

Con l'attivazione delle funzioni di supporto in situazioni ordinarie si raggiungono due distinti obiettivi:

1. si individuano a priori i responsabili delle singole funzioni da imparare in emergenza,
2. si garantisce il continuo aggiornamento del piano di emergenza con il controllo dei responsabili individuati.

## Piano comunale

Il responsabile della Funzione 2 in situazioni ordinarie aggiornerà i dati relativi alla propria funzione e, in caso di emergenza, nell'ambito del territorio comunale, affiancherà il Sindaco nelle operazioni di soccorso.

Si ritiene opportuno che il responsabile medico della Centrale operativa 118 e/o dei servizi del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL svolga le funzioni di coordinatore della Funzione 2. Qualora ciò non avvenga è comunque necessario che il referente sanitario individuato dal Sindaco concordi la pianificazione e gli interventi in emergenza con il responsabile medico della 118 e/o dei servizi del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente, secondo le singole funzioni.

## Centrali operative sanitarie 118.

La Centrale operativa sanitaria 118, con la sua organizzazione funzionale di dimensioni provinciali o sovraprovinciali, raccordata con le strutture territoriali ed ospedaliere e con le istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta dell'emergenza (Atto d'intesa Stato e Regioni G.U. 17 maggio 1996), costituisce l'interlocutore privilegiato in campo sanitario.

In caso di emergenza il responsabile medico del 118 o un suo delegato sarà presente nel C.C.S. ed un operatore di Centrale sarà nella Sala operativa. Inoltre, in relazione alla tipologia dell'emergenza, potrà essere presente nel C.C.S. il responsabile dei servizi territoriali di emergenza.

Per svolgere correttamente i compiti assegnati alla Funzione n. 2, la Centrale 118, in collaborazione con la Prefettura ed i servizi territoriali delle A.S.L. (Dipartimento di prevenzione, ecc.) deputati alle urgenze/emergenze sanitarie, sulla base dei contenuti del Piano provinciale nonché sulla base dei programmi regionali di previsione e prevenzione, dovrà individuare i maggiori rischi sanitari che insistono sul proprio territorio in modo da prevedere un'organizzazione sanitaria in grado di fronteggiare gli eventi catastrofici più probabili.

Le ASL pertanto attraverso il Sistema 118 hanno un ruolo fondamentale nell'organizzazione e nella gestione delle emergenze sanitarie territoriali nel nostro Paese.

### Conclusioni

Come si è visto, la normativa italiana nel settore dell'emergenza sanitaria è molto complessa e articolata.

Quello che risulta dall'esperienza però, a quasi vent'anni dall'istituzione del 118, è che laddove il Sistema 118 funziona nelle micro e macroemergenze ed è ben rodato, darà certamente buoni risultati anche nelle maxiemergenze e nelle catastrofi.

Prof. Francesco Polizzi

Potenza, 11 dicembre 2009