

# INCIDENTI MAGGIORI, MAXIEMERGENZA, TRIAGE SUL CAMPO, MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI

---

## Quando l'azione si svolge nella sproporzione

### Intervista ad Angelo Agostini

**Breve curriculum dell'intervistato:** infermiere dal 1990; fino al 1999 impegnato nel campo dell'anestesia e rianimazione, poi nel Pronto Soccorso dell'A.O. Bolognini di Seriate (BG). Esperto in sistemi di emergenza e maxiemergenza.

- Componente del Comitato Scientifico della rivista a diffusione nazionale "N&A", per cui ha prodotto numerosi articoli (l'elenco è riportato nel capitolo "Approfondimenti").
- Ha frequentato numerosi corsi di aggiornamento specifici per l'emergenza-urgenza.
- Responsabile del Servizio Infermieristico del Gruppo di Intervento medico Chirurgico, Ospedale da Campo A.N.A. dall'anno 1993 all'anno 1996 e dal Gennaio 1998 al Dicembre 1999. Coordinamento del Personale Infermieristico per le operazioni e l'intervento nelle zone alluvionate del Piemonte nel 1994, nelle zone terremotate presso Nocera Umbra per il periodo dal 26 Settembre 1997 al 13 Gennaio 1998 e nel corso dell'intervento "Operazione Arcobaleno" presso il Campo delle Regioni Valona dal 27 Aprile 1999 al 8 Luglio 1999.
- Referente e Coordinatore del gruppo istruttori BLS/BLSD (I.R.C.) per L'azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate dal Luglio 2000 al Marzo 2002. Come istruttore BLSD ha numerosi corsi al proprio attivo.
- Ha fornito e fornisce consulenza in materia di Protezione Civile, Incidenti Maggiori, Maxiemergenza e Triage per numerosi soggetti: Collegi IPASVI, VVFF, Aziende Sanitarie e ospedaliere, servizi aeroportuali.
- È organizzatore e relatore di convegni e corsi sul suolo nazionale ed all'estero.
- Ha organizzato per conto del Collegio IPASVI di Bergamo con il patrocinio del Coordinamento Regionale Collegi IPASVI della Lombardia, il ciclo di Convegni con titolo: "Atto Terroristico: dallo scenario al Dipartimento di Emergenza. Realtà a Confronto" dove è stato responsabile del reperimento e dei rapporti con i relatori Italiani ed Esteri intervenuti (Con la partecipazione dei Massimi esperti Israeliani in Materia di Mass Casualty Incident).
- Ha organizzato con e per conto del Collegio IPASVI di Bergamo, con il patrocinio del Coordinamento Regionale Collegi IPASVI della Lombardia, il corso sul suolo israeliano (durata 14 giorni): "Infermieri in Israele" edizioni 2005 e 2006, relativo alla gestione di un massiccio afflusso di feriti nel dipartimento d'Emergenza, conseguente un Evento Terroristico e le Problematiche ad esso correlate. Autore del progetto e organizzatore e responsabile delle relazioni con le autorità israeliane con il presidente Collegio IPASVI di BG.
- Negli anni accademici 2002/2003, 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006 in qualità di Assistente al Tirocinio per gli studenti del Corso Di Laurea in Infermieristica, presso Dipartimento d'Emergenza Az. Ospedaliera Bolognini Seriate, Università degli Studi di Milano Bicocca.

**Autore dell'intervista:** Ivan Cabrini, Infermiere presso l'Unità Operativa Pronto Soccorso Ospedale "San Biagio" di Clusone (BG), Azienda Ospedaliera "Bolognini" di Seriate (BG). Socio Collaboratore AIOL e referente per la sezione specialistica "Area Critica" ([http://www.infermierionline.net/aree\\_specialistiche/area\\_critica.htm](http://www.infermierionline.net/aree_specialistiche/area_critica.htm)).

**Riassunto:** intervista ad Angelo Agostini, uno degli infermieri italiani con più esperienza nel campo della “Mass Casualty Incident”.

**Abstract:** an interview with Angelo Agostini, one of the most experienced nurse of “Mass Casualty Incident”, in Italy.

**Key words:** Mass Casualty Incident, Triage system, Start & Jump Start Triage, Mass Casualty Management.



Angelo Agostini

**Angelo Agostini: un lungo curriculum lavorativo nel campo dell'emergenza ed un'esperienza formativa nel campo delle maxiemergenze con pochi eguali tra gli infermieri italiani. Quale è stata la molla che ti ha portato ad occuparti della maxiemergenza ed in particolar modo del triage infermieristico sul campo e della “mass casualty”?**

Per cominciare vorrei ringraziare per l'opportunità concessa attraverso questa intervista di poter esprimere liberamente considerazioni ed opinioni che vogliono essere oneste e per quanto possibile supportate da conoscenze ed esperienze dirette, ma che nello stesso tempo possono essere e sono comunque parziali. Mi permetto di sottolineare che molti Infermieri hanno conoscenze, professionalità ed esperienze specifiche ed approfondite nell'ambito degli Incidenti maggiori e delle Maxiemergenze, e per fortuna, finalmente e faticosamente alcuni di codesti iniziano ad occupare posizioni di responsabilità nell'ambito sia dell'emergenza extra che intra Ospedaliera.

Venendo alla domanda, dai primi anni novanta per circa 7 anni ho avuto l'opportunità e il privilegio di essere responsabile Infermieristico dell'Ospedale da Campo dell'Ass. Naz. Alpini, Gruppo Intervento Medico Chirurgico, con sede a Bergamo, il più importante Ospedale da campo esistente in Italia (non militare), con operazioni addestrative ed operative in Italia ed all'estero; questo ha obbligatoriamente portato il mio interesse a tutti quegli aspetti organizzativi-operativi concernenti gli incidenti maggiori e le maxiemergenze fra cui il Triage. L'incidenza del corretto o non corretto triage (over o undertriage) sulla mortalità dei pazienti originariamente sopravvissuti fa sì che si ponga particolare attenzione a questo aspetto della catena dei soccorsi.

## PAROLE CHIAVE IN PAROLE POVERE

**CATASTROFE O MAXIEMERGENZA:** fatto improvviso e spesso inatteso che determina una richiesta sanitaria sproporzionata rispetto alle risorse dispiegabili sul campo. In base alla tipologia della catastrofe ed all'efficienza dei soccorsi, la sproporzione può protrarsi per tratti temporali più o meno lunghi. Può avere estensione territoriale variabile e coinvolgere direttamente anche strutture sanitarie, aggravando la discrepanza tra risorse disponibili e numero di feriti. Quando le strutture di soccorso rimangono integre, vi è un numero di feriti contenuto e non vi è una grande estensione territoriale o temporale, si parla di “**incidente maggiore**”.

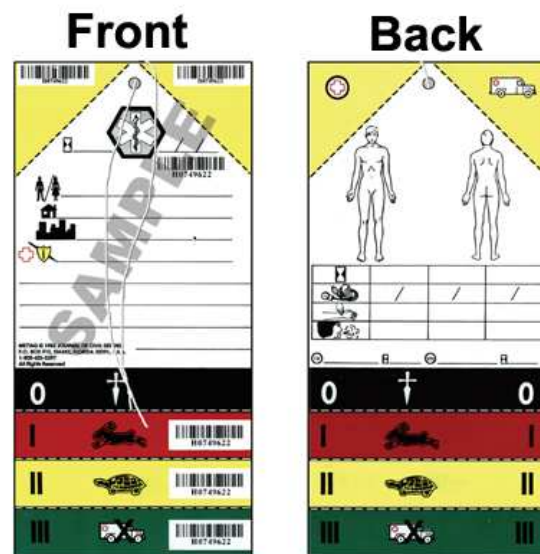
**TRIAGE :** parola francese che si trasponde in “scegliere”. Nel nostro caso s'intende l'attribuzione di un livello di gravità alla vittima, in base a criteri definiti da un “sistema di Triage”. Il “codice colore” è uno degli strumenti più utilizzati per definire la priorità degli interventi, che visto la discrepanza delle forze in campo dovrà mirare a salvare più vittime possibile evitando di disperdere le forze. Le criticità maggiori consistono nell'individuare correttamente le priorità e garantire una risposta omogenea e tempestiva.

## Triage a confronto: quale è il più completo, quale il più versatile a tuo modo di vedere e quindi, quale ti sentiresti di proporre come modello?

Al momento i sistemi START e Jump START, a mio parere, sono quelli che coniugano semplicità operativa e facilità di apprendimento anche se alcuni limiti sono presenti. La loro diffusione, sia in versione originale che modificata, a livello internazionale ne testimoniano la validità. La principale linea di condotta a mio giudizio è che a prescindere dal sistema di Triage adottato, è fondamentale non avere 2 sistemi di triage operativi nello stesso scenario. Soccorritori e sanitari devono conoscere ed utilizzare lo stesso sistema di Triage anche se con modalità e/o limitazioni diverse. Laddove la semplicità, l'efficacia e la celerità sono imperativi per la sopravvivenza dei pazienti, la presenza di 2 sistemi di triage con i rispettivi presidi e cartacei possono essere un serio e grave ostacolo nelle operazioni di soccorso. L'assenza poi a livello nazionale di un unico sistema di triage con i rispettivi presidi, formazione, esercitazioni e retraining ha determinato una capacità di risposta di fatto disomogenea. Si deve registrare che, con l'eccezione di poche regioni (che solo da pochi anni hanno lavorato e stanno lavorando in questo senso), la maggior parte dei 118 provinciali ha perseguito singolarmente obiettivi che sono comuni, dando soluzioni locali che sono senz'altro efficaci ma sicuramente non omogenee. Il messaggio che si vuole mandare è che sarebbe buona cosa che fosse deciso, (e non suggerito) a livello nazionale il tipo di triage e i presidi ad esso collegato, formazione ... e, a distanza di tempo non oltre i 6/12 mesi, una seria revisione da parte dei rappresentanti regionali (per piacere esperti) con i correttivi e le implementazioni del caso. Esiste la reale e urgente necessità di scelte pragmatiche e condivise.

### PAROLE CHIAVE IN PAROLE POVERE

**S.T.A.R.T.:** Simple Triage and Rapid Treatment. Attualmente uno dei più diffusi sistemi di triage diffusi al mondo, probabilmente per la semplicità e versatilità che lo contraddistingue. È stato concepito negli Stati Uniti negli anni '80 dai Vigili del Fuoco californiani. Quattro semplici domande guidano l'operatore ad una scelta rapida sulla priorità da assegnare. In un tempo stimato di circa 60 secondi è possibile valutare lo **stato di coscienza**, il **respiro** e il **circolo**, e mettendo in atto, laddove necessario, manovre salvavita quali, disostruzione delle vie aeree e tamponamento delle gravi emorragie esterne. Un sistema a cartellini colorati da apporre alla vittima, permette ai soccorsi successivi una più snella individuazione delle priorità.



Esempio di cartellino triage START "Met-tag"

M 0098  
**119**  
 COEU MILANO  
 PMA dir°

ORA \_\_\_\_\_

LOCALITA' \_\_\_\_\_  
 COGNOME \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ETA' presunta \_\_\_\_\_  
 RESIDENZA \_\_\_\_\_

	ORA	ORA	ORA
Apertura occhi	4	4	4
Risposta verbale	4	4	4
Risposta motoria	4	4	4
<b>Totale GCS</b>			
Cammina	4	4	4
Permettè vie aeree			
Espansione toracica			
FR			
SpO <sub>2</sub>			
FC			
PA			
<b>RTS/TST</b>			

VALUTAZIONE

Ospedale di provenienza \_\_\_\_\_  
**MEZZO**  
 Ambulanza \_\_\_\_\_  
 Elicottero \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**AFFIDATO A**  
 MSB \_\_\_\_\_  
 IP \_\_\_\_\_  
 MEDICO \_\_\_\_\_

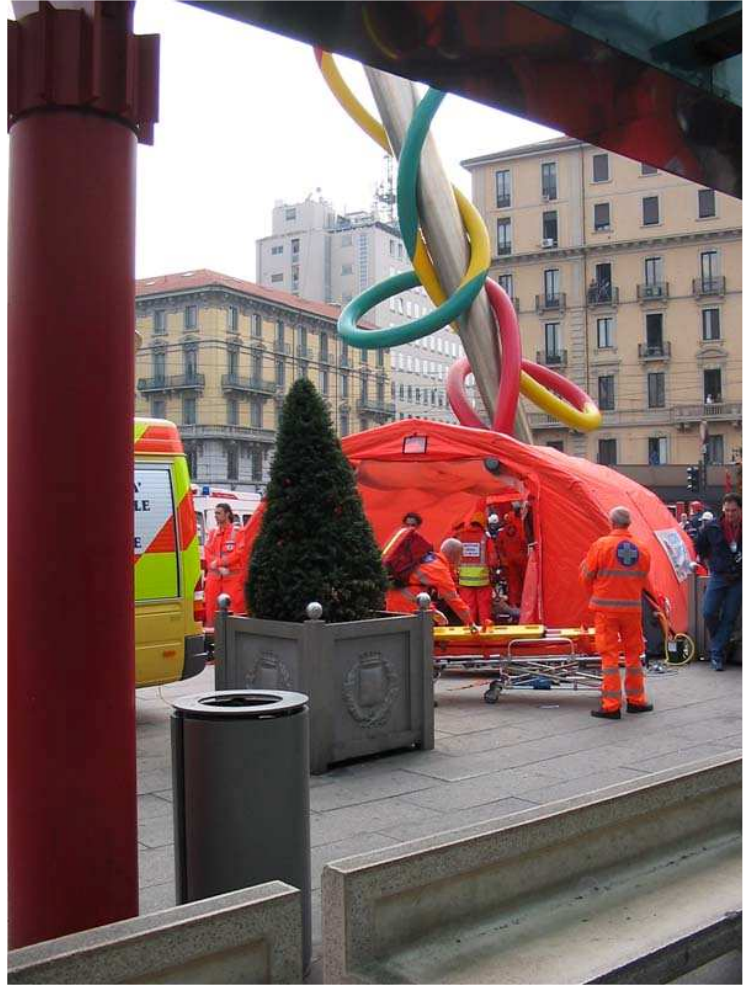
**CONTAMINATO** \_\_\_\_\_ **DECONTAMINATO** \_\_\_\_\_

I	II	III
MI-0098	MI-0098	MI-0098
FR 11-39 FC 129	FR 11	FR 38
MI-0098	MI-0098	MI-0098
FR 11-39 FC 129	TST - 11	TST - 11
		MI-0098
		TST - 12



**ESERCITAZIONE DI  
 MAXI-EMERGENZA  
 MILANO, 23/09/2005**

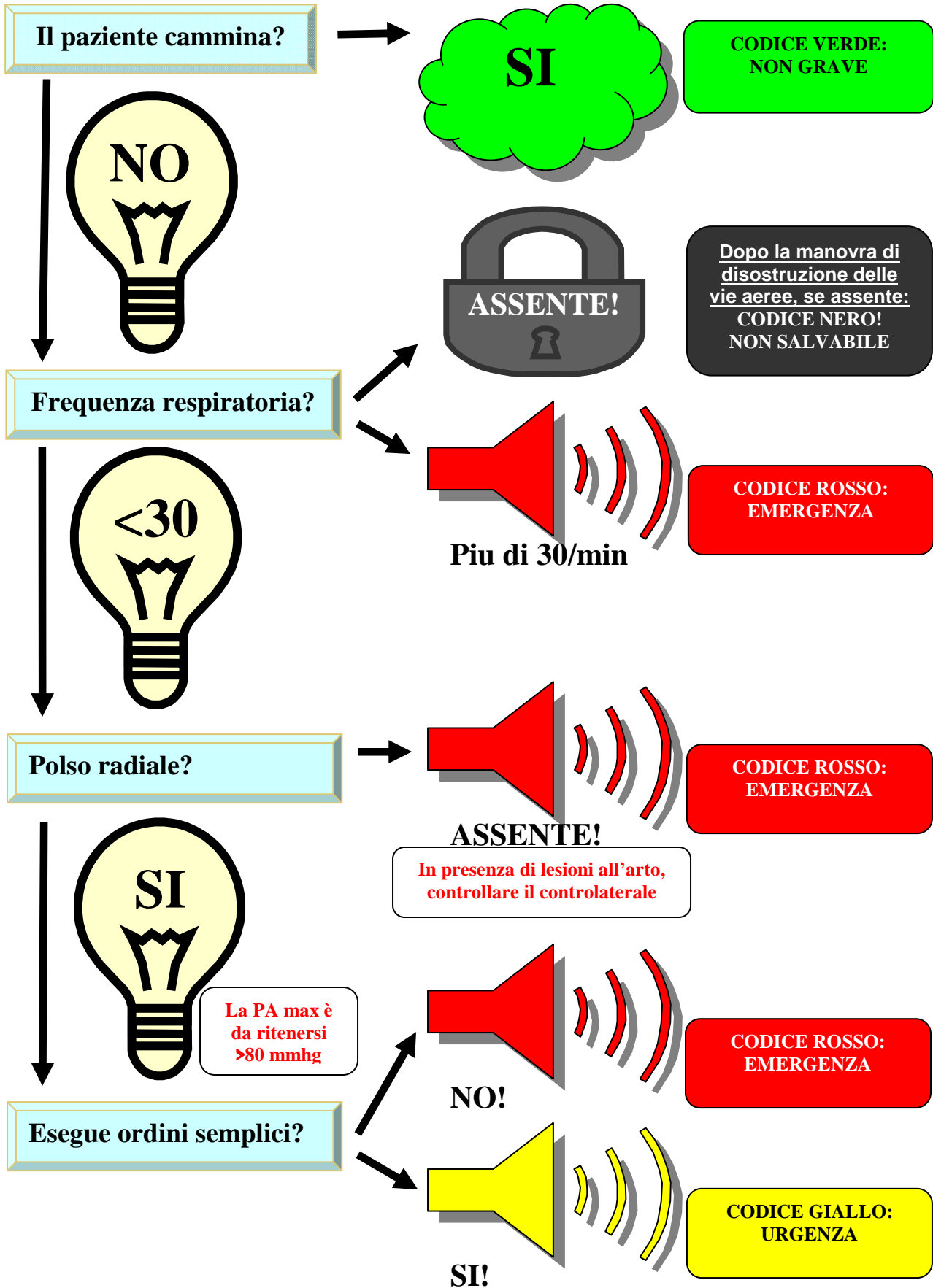




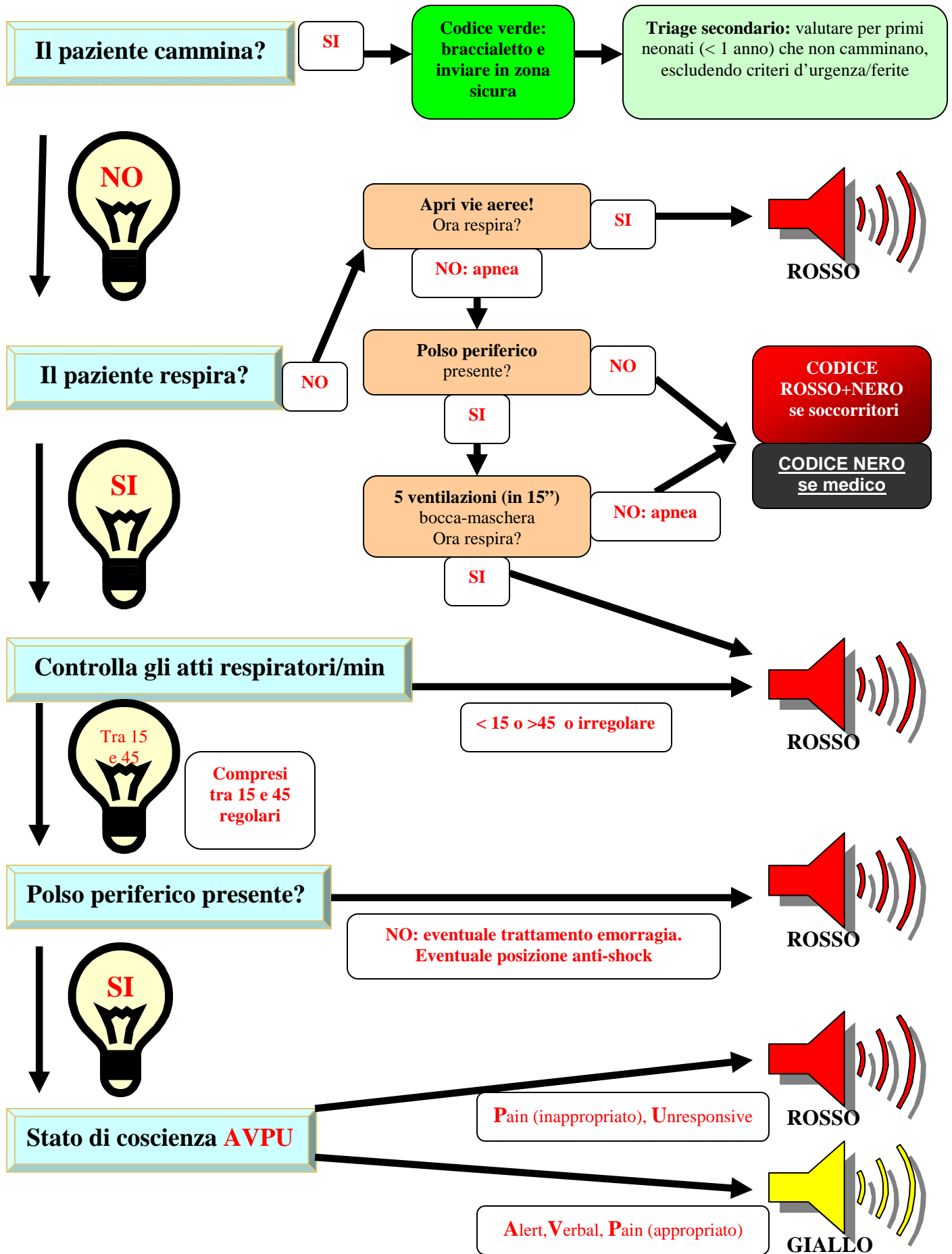
Le fotografie sono fornite dall'intervistato.



# ALGORITMO START



# ALGORITMO JUMP START (pediatrico 1-8 anni)



**Hai avuto il piacere di venire citato dal magistrato ed esperto di emergenza sanitaria G. Battarino nel suo libro (“Diritto dell’emergenza sanitaria” di Giuseppe Battarino, Giuffrè editore, edizione 2006) a riguardo di “codice nero”, ci ricordi quale è il tuo pensiero a riguardo?**

Nell’ambito specifico dell’operatività in Maxi-Emergenza i limiti sono da una parte la necessità di rispondere professionalmente alle esigenze dei calamitati e dall’altra i limiti imposti dalla legge. Con il sistema START di fatto gli Infermieri, che sono identificati insieme ai medici come le figure professionali preposte al Triage, non erano autorizzati ad attribuire il codice NERO, prerogativa esclusiva della figura medica. Ciò faceva sì che ad un paziente morto o con lesioni incompatibili con la vita fosse assegnato un codice rosso. In uno scenario dove è presente una drammatica sproporzione fra richiesta e capacità di risposta sanitaria, risorse indispensabili vengono utilizzate nel recupero, dallo scenario dell’evento fino alla zona di raccolta, di pazienti che rossi non erano. Questo a detrimento di altri pazienti che, per le loro condizioni e con maggiori aspettative di sopravvivenza, potevano essere trattati. Ora una nuova interpretazione del “Triage” come attività professionale ha di fatto rivoluzionato (a mio parere) questo approccio.

**Vi sono alcuni punti di cui tenere conto :**

- Il Triage viene identificato come una “Attività Scientifica Professionale, finalizzata a determinare le priorità assistenziali” e come tale deve e può essere esercitata solo da figure professionali, Medici ed Infermieri
- “...L’attribuzione del codice nero non corrisponde a constatazione della morte, atto riservato al medic, ma poiché costituisce attuazione – di estrema delicatezza – della metodica scientifica del triage, deve avvenire, come tutte le attività professionali, con diligenza, prudenza e perizia, intesa quest’ultima come adeguata (specifica) preparazione professionale dell’infermiere triagista destinato a gestire lo scenario di Maxiemergenza...”

**Da qui due considerazioni :**

- Gli strumenti del triage (cartellini/marcatori di Triage) non hanno natura certificativa ma operativa.
- I suoi strumenti non hanno natura decisoria ma ricognitiva.

Da qui l’Infermiere come **Professionista** preparato e qualificato ad operare nel contesto precedentemente esposto, **Può Attribuire il Codice Nero, in ottemperanza ad un protocollo specifico da cui non si può discostare consapevolmente.** Questo peraltro solleva, **dal punto di vista legale**, la problematica relativa ai **Soccorritori** che come Operatori non Professionali, **non possono fare Triage**, elemento non indifferente nella gestione operativa di scenari riconducibili a Incidenti Maggiori ma soprattutto Maxiemergenze. Di qui la necessità dell’adozione di chiare procedure operative che riguardino i soccorritori, che sono elementi insostituibili nella dinamiche del soccorso.

**Il pericolo terrorismo di matrice islamica ha alzato la soglia di attenzione verso la maxiemergenza, visto che tra strategia dello stragismo (malavitoso ed a sfondo politico), eventi accidentali e colposi (esplosioni di tubature del gas, crolli, incendi, ecc) e gli eventi naturali catastrofici (terremoti, vulcani, inondazioni, frane, ecc) in Italia è già ben rappresentato?**

La maxiemergenza quale che sia la matrice Terroristica e/o non terroristica è una realtà che accompagna l’Italia. Negli ultimi 10 anni investimenti significativi e volontà politica, hanno portato un forte miglioramento soprattutto nell’ambito dell’emergenza extraospedaliera. Il sistema 118 è cresciuto



e maturato portando alcune realtà a livello di eccellenza sia nel quotidiano che nell'ambito della Maxiemergenza. Di contro non esiste di fatto una omogeneità nazionale nella qualità dei servizi erogati, nei sistemi Informatici, nella condivisione dei dati. Realtà provinciali (nella maggior parte dei casi) e più raramente regionali, si rapportano e relazionano con i vicini 118 che sono simili ma non uguali, diverse le priorità sia operative che di potere. Si tenga poi conto che il periodo delle vacche grasse, in termini di finanziamenti, è di fatto terminato.

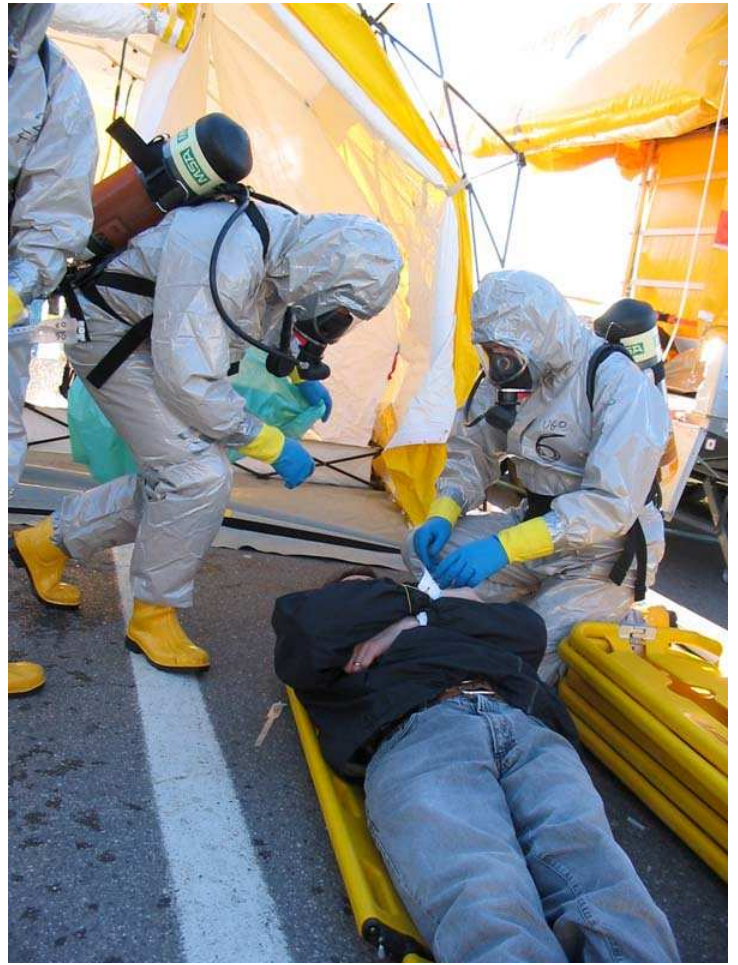
Venendo al Terrorismo, la minaccia è reale e il rischio atti terroristici è decisamente più alto che cinque anni fa. Nel frattempo le modalità e le strategie terroristiche sono cambiate. Ad un sistema verticistico che programma e realizza attentati di grande impatto mediatico e dimensioni si è sostituito un terrorismo strisciante e disseminato dove gli imperativi ideologici sono gli stessi ma i "Target" gli obbiettivi da colpire sono lasciati alle singole cellule. Gli attentati di Londra (Picadilly Circus) e all'aeroporto di Glasgow (il giorno successivo), lo scorso Giugno, se da una parte evidenziano una pochezza tecnica e operativa, dall'altra dimostrano che "chiunque" può realizzare un attacco terroristico. Se ce ne era bisogno è di fatto avvenuta la certificazione e la celebrazione della Vulnerabilità dell'Occidente, che per evidenti ragioni non è in grado di proteggere tutti i potenziali obbiettivi sensibili e non sensibili presenti sul proprio territorio.

È opinione comune e consolidata che il terrorismo continuerà a colpire ancora per molti anni e attenzione – attenzione, **colpirà a prescindere dalle reali capacità di risposta dei sistemi sanitari.** Per cui o si è pronti o non si è pronti. I bei discorsi e i pronunciamenti di buoni propositi sono solo fumo che si dirada al primo colpo di vento, fumo che non aiuta chi sul campo ha bisogno di strumenti, presidi, formazione, integrazione e coordinamento qualificato. E alla fine di tutte queste parole semplicemente, se non siamo pronti, la gente muore. La gente siamo noi, i nostri figli, le nostre mogli, madri, amici, conoscenti. E come spesso accade la "gente" muore fra gesti eroici, fra la buona volontà e i bei discorsi, ma muore. In un paese dove pochi sanno e vogliono assumersi il peso delle responsabilità, questi eventi divengono un tutt'uno dove il dipanare la ragione o il torto è impresa vana.

## ESERCITAZIONE DI MAXIEMERGENZA FILAGO (BG), 18/12/2004



Le fotografie sono fornite dall'intervistato.



**Hai portato esperti americani e israeliani in Italia, con delle risposte in termini di partecipazione agli eventi notevoli. Adesso hai portato gli italiani in Israele. Visti da vicino i dipartimenti di emergenza in Israele sono così efficienti e “pragmatici” come spesso affermi?**

L'aver avuto l'opportunità di avere relatori qualificati, che prima di essere un riferimento a livello internazionale, hanno soprattutto maturato una profonda e diretta esperienza sul campo (del sano e duro “marciapiede”), è stato per me motivo di profonda soddisfazione. Ciò permette la diffusione e condivisione di esperienze ed idee estremamente significative ed istruttive che, grazie ad eventi congressuali, possono raggiungere un grande numero di persone. Il limite è che per quanto fruibili, tali eventi hanno ovvi limiti temporali e consentono un limitato dibattito e confronto. Dall'altra parte si è cercato di percorrere una via più diretta e a mio parere più efficace. Grazie all'aiuto del Collegio IPASVI di Bergamo nella figura del suo presidente Beatrice Mazzoleni è stato possibile realizzare un progetto, a cui tenevo particolarmente, che vede gli Infermieri come fruitori diretti della possibilità di confronto professionale con una realtà che è di gran lunga, nell'ambito degli attentati terroristici, la più ampia a livello internazionale. Quindici giorni di lezioni, simulazioni, esercitazioni, confronti hanno sicuramente un impatto diverso e di maggior spessore. Il limite ovviamente è da una parte il costo, vista la quasi assoluta e vergognosa mancanza di supporto delle aziende ospedaliere ai partecipanti, e dall'altra il numero limitato di Infermieri che possono accedere ai corsi stessi, non più di 15 per corso.

Venendo al pragmatismo la frequenza degli atti terroristici e conseguentemente la necessità di dare una risposta professionale a simili eventi ha portato Israele a quella condizione operativa che lo contraddistingue. È bene precisare che tale pragmatismo è figlio di una condizione storica, sociale, culturale e politica, legata alla sopravvivenza stessa dello Stato di Israele che non permette, a nessun livello, di delegare scelte e responsabilità ad altri, coinvolgendo i cittadini, fin dalla più giovane età, in tutta una serie di attività che in altri stati sono appannaggio e/o delegati ad altre figure o apparati. Ciò che si apprezza è un **pragmatismo consolidato** che premia e mette in atto, a qualsiasi livello, **soluzioni efficaci**, oggetto di una costante e attenta revisione critica, che porta un aggiornamento e una promozione continua dei processi intrapresi. Se consideriamo il massiccio afflusso di feriti come un'onda, quest'onda impatterà ed attraverserà prima il Dip. D'Emergenza interessando la Diagnostica per Immagini, il Laboratorio, Centro Trasfusionale per passare poi alle Sale operatorie, terapie intensive, reparti di degenza...

Si vuole evidenziare che simili eventi avvengono a prescindere dallo stato di preparazione Formale o Sostanziale del Sistema dei Soccorsi Sanitari. In pochi minuti il Dipartimento d'Emergenza sarà pieno di feriti, lo staff dovrà prendere decisioni critiche in tempi estremamente ristretti, in regime di personale momentaneamente insufficiente, con limitate informazioni, sotto una forte pressione emozionale con le sole dotazioni presenti, in una situazione che vedrà presente non lo staff più esperto ma solo quello in quel momento disponibile. Come termine di paragone si pensi che a livello Extraospedaliero di tutti gli attentati avvenuti a partire dalla metà degli anni 90 l'evacuazione di tutti i feriti dallo scenario dell'evento è avvenuta in tempi inferiori ai 60 minuti e che attualmente nei trauma center e negli ospedali regionali, entro 15 minuti nel dipartimento d'emergenza sono presenti almeno 1 chirurgo e 1 infermiere per paziente più ameno 2 trauma team nella shock room (o resuscitation bay).

Vorrei inoltre sfatare un'idea trasversale e comune ai più e cioè che solo gli Ospedali più grandi siano interessati da queste problematiche (massiccio afflusso di feriti). L'esperienza e la casistica internazionale mostra che un Ospedale, qualsiasi sia il proprio livello dimensionale ed operativo, qualora si trovi in prossimità dell'evento catastrofico, subirà il maggior impatto, un affluenza di feriti che spesso è di gran lunga superiore alle propria capacità di risposta. Si tenga conto inoltre che, in ragione dei tempi necessari allo spiegamento delle forze sanitarie e non sanitarie e alle dimensioni dell'evento, una percentuale considerevole dei calamitati (> 40%) by-passa le forze sanitarie sul campo facendo sì che i calamitati si presentino direttamente al dipartimento d'emergenza, cosicché il primo triage avviene obbligatoriamente nel presidio e con tutte le problematiche ad esso collegate.

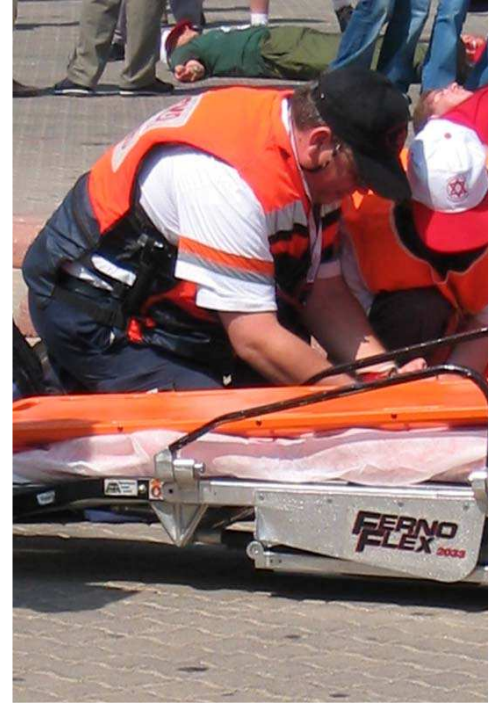
## La gestione delle informazioni e delle relazioni coi parenti sono veramente curate in maniera innovativa?

La gestione delle Informazioni relative ai calamitati e dei parenti sono una necessità e un obbligo di cui il “sistema” sanitario deve farsi carico. La risposta israeliana a questo problema a mio parere risulta essere particolarmente efficace. Immediatamente dopo la comunicazione di un attacco terroristico, oltre all’attivazione dei piani relativi al Dipartimento d’Emergenza, ai Blocchi Operatori, Terapie Intensive, ecc. viene attivato il **Centro d’Informazione d’Emergenza (C.I.E.)**. La gestione di tale Centro d’Informazione d’Emergenza è affidato al **Dipartimento degli Assistenti Sociali**. Il coinvolgimento dei Media nella struttura di supporto alle vittime, si concretizza nella comunicazione a mezzo radio e video del numero telefonico del **C.I.E.** a disposizione della popolazione per ottenere indicazioni ed informazioni relative agli infortunati. Conseguentemente il **C.I.E.** ha a che fare con un largo numero di persone che telefonano o che accorrono in ospedale alla ricerca di parenti e amici dispersi o, che a diverso titolo, possono essere stati coinvolti nell’evento. Lo scopo del Centro d’Informazione d’Emergenza è rispondere a tre necessità fra loro interrelate :

- Fornire informazioni attendibili **attraverso una** struttura di supporto organizzata
- Supportare **i parenti/amici** a far fronte allo shock derivante dall’incertezza, **causata dalla mancanza d’informazioni**, e a supportare lo **stress derivante dal diverso grado adattamento**, degli stessi, alla situazione.
- Permettere allo Staff Sanitario di concentrarsi completamente sulla valutazione e sul trattamento dei feriti, **in special modo nella fase acuta degli avvenimenti**, mentre si provvede ad un sistema di supporto efficace per coloro che giungono confusi, disorientati e per i parenti e amici in ansia per i congiunti coinvolti.

Per brevità segnalerò che il sistema verte su un’attenzione a 360 Gradi, da un’area di ricezione dedicata ai parenti dove gli assistenti sociali operano direttamente con i nuclei familiari e un certo numero degli stessi rispondono alle richieste telefoniche che qui giungono. Sono inoltre presenti nel Dipartimento d’Emergenza, nelle Terapie Intensive ed in prossimità delle Sale Operatorie, così da supportare le famiglie nei momenti di necessità. Tale supporto si estende e comprende anche la gestione di quei familiari che hanno perso un loro congiunto. Se una famiglia non è riuscita a rintracciare un suo parente in nessun ospedale o a casa, si affaccia la possibilità che la persona scomparsa possa essere fra quelle decedute. *Lo staff aiuta le famiglie ad arrivare alla decisione di valutare questa possibilità, provvede al trasporto, all’accompagnamento dei familiari da parte di Volontari, preavvisa l’Istituto di Medicina Legale dell’invio e si accerta dell’avvenuto arrivo.* Qui un’equipe dedicata di Assistenti Sociali e Psicologi si farà carico della famiglia al suo arrivo. Un sistema informatico comune a tutti gli ospedali fa sì che le informazioni relative a tutti i pazienti ricoverati nei diversi presidi siano condivise, così ospedali che si trovano lontani anche centinaia di km dall’evento, possono attivare il proprio Centro d’Informazione d’Emergenza a supporto di quelle famiglie che ipotizzano un coinvolgimento di un loro congiunto. L’uniformità del sistema a livello nazionale, la tempestività di attivazione, la professionalità, fanno del modello Israeliano un modello di riferimento.

**ESERCITAZIONE DI  
MAXIEMERGENZA  
IN ISRAELE, GIUGNO 2004**



**Le fotografie sono fornite dall'intervistato.**

**Ti sei occupato spesso, in qualità di esperto, di emergenza e massiccio afflusso dei feriti in ambito ospedaliero. Quanto è importante avere un piano ospedaliero. Quanto è importante la formazione e la simulazione.**

Risponderò con alcuni dati che numericamente possono sembrare limitati e parziali ma che, a mio parere, ben dipingono quale è la situazione in buona parte d'Italia. I dati sono stati rilevati dallo scrivente su un campione di 431 (solo 385 questionari risulteranno poi effettivamente conformi) Infermieri intervenuti ad un convegno Sull'Atto terroristico svoltosi nella primavera del 2005.

**Gli infermieri provenivano complessivamente da 52 diverse Aziende/Presidi Ospedalieri, EAS, DEA di 1° e 2° livello, Cliniche, Case di cura etc. fra cui:**

San Raffaele Milano, Ospedale Riguarda Ca Granda Milano, San Matteo Pavia, Policlinico C. Poma Mantova, Ospedale A. Manzoni Lecco, Spedali Civili di Brescia, Ospedali Riuniti di Bergamo, Istituti Ospedalieri di Cremona, Policlinico Monza, Ospedale Civile di Parma, A.O. Policlinico di Modena, Az Ospedaliera Bolognini di Seriate. Le risposte fornite ad una decina di domande relative alla presenza di Piani d'emergenza Ospedaliera e alla preparazione degli Infermieri in questo ambito hanno sortito questi risultati:

- **Il 69% del campione, Non è al corrente dell'esistenza di un Piano d'Emergenza o è Certo che Non ne esista alcuno**
- **Al 78% del Personale Infermieristico che vede il proprio reparto coinvolto Non è mai stato presentato alcun Piano**
- **Al restante 22% il Piano d'Emergenza è stato presentato in un tempo non superiore alle 3 ore nell'88% dei casi**
- **Fra coloro che vedono il proprio reparto coinvolto dal Piano d'Emergenza , il 97% del campione ritiene la propria Formazione Inadeguata**
- **Il Personale operante in Pronto Soccorso , nel 50% dei casi , risponde che è presente del materiale dedicato ad un Massiccio Afflusso di feriti**
- **Ma lo stesso campione risponde nel 78.5% dei casi che considera tale materiale Quantitativamente e/o Qualitativamente Inadeguato**

Premesso questo cosa dire? La formazione come in tutte le attività produttive è fondamentale così come la verifica dell'assimilazione di quanto appreso. Avere un "Piano" è il primo passo, oltre che un obbligo di legge. Si tenga conto che tutto il "Sistema Ospedale" subirà l'impatto di un simile evento. Un Piano deve favorire l'adozione e la standardizzazione di almeno i **medesimi protocolli operativi - farmacologici con le terapie intensive (T.I.) del Presidio Ospedaliero, la standardizzazione dei materiali con le stesse T.I.** (respiratori e monitor da trasporto, pompe di infusione, defibrillatori, trasduttori vari), l'adozione di **diagnostica semplificata** sia per gli esami ematici che radiologici, demandando la diagnostica fine a quando il bilancio richiesta/risorse sia paritario. Piani pragmatici, proporzionati alle capacità operative, testati praticamente e periodicamente, non a scopo propagandistico, ma a valutazione di un articolato processo produttivo.

Il nocciolo della questione è il controllo, la verifica della reale efficacia dei piani. Ciò si realizza attraverso diversi strumenti che vanno dalla simulazione a tavolino, alla simulazione elettronica fino alle esercitazioni vere e proprie con cavie/simulanti istruite ed esercitazioni che inizialmente possono essere preordinate, fino ad arrivare ad esercitazioni in cieco senza preavviso, convenzionali e non convenzionali insieme( miste). Dopo la simulazione deve avvenire una verifica seria, professionale, Indipendente. Controllato e controllore non possono essere la stessa persona o ente. Le modalità con cui spesso vengono realizzate in Italia spesso sfiora il ridicolo, se tutto ciò non fosse drammaticamente tragico. Tutto ciò deve avvenire attraverso diversi livelli. Osservatori indipendenti di varia estrazione, sia sanitaria che tecnica, sono gli attori privilegiati. Grande rilevanza deve essere data al giudizio finale che, in caso di carenze significative, deve comportare sanzioni di diverso grado, con l'obbligo di

ripetere l'esercitazione (questa volta a sorpresa). I Debriefing e l'analisi dei dati assumono così una rilevanza strategica perché sono il vero metro di misura dell'efficacia delle politiche adottate e degli strumenti utilizzati.

### **Negli ultimi anni ci sono state molte prove di applicazione di piani in materia di maxiemergenza e ad alcune hai pure preso parte. Ti pare che nell'insieme funzionino?**

Per quello che è stata la mia esperienza personale sia diretta come operatore che come osservatore devo onestamente registrare una forte disparità fra la preparazione della componente extraospedaliera rispetto a quella intraospedaliera. Tenuto conto che anche nell'extra ospedaliero si bara molto e pesantemente per ragioni di immagine, opportunità, relazioni, potere, devo evidenziare però che la filosofia e la conoscenza della materia è stata recepita ed è ormai parte consolidata del bagaglio culturale di molti 118. Rimangono alcune lacune nella fase attuativa nella gestione dello scenario e delle comunicazioni, nell'integrazione delle forze e nell'interfaccia con i presidi ospedalieri. Diversa è la situazione intraospedaliera. Senza nulla togliere a quei presidi ospedalieri che stanno ben lavorando e si stanno dotando di piani efficaci, la situazione complessivamente risulta estremamente deficitaria.

A titolo personale devo fare i complimenti ad un dipartimento d'emergenza e al suo Ospedale che lo scorso 1° giugno ha accettato con umiltà di mettersi alla prova considerando l'esercitazione svolta come un vero banco di prova dimostrando il vero spirito di servizio che simili eventi evocano. Vorrei sottolineare che anche la più disarmante e disastrosa esercitazione se "giocata" con onestà e correttamente, in stretta ottemperanza al piano ospedaliero, senza improvvisare o modificare alcunché, con la tempistica, le risorse ... realmente a disposizione, da chiare indicazioni su quali sono le lacune, le necessità e quali le strategie da correggere.

Questa non può che essere la migliore delle esercitazioni, esercitazione che ha raggiunto il fine primo a cui era destinata.

**Grazie Angelo del tempo che ci hai dedicato e buon lavoro.**

*Cabrini Ivan*

**Data di redazione: 04/12/2007.**

### **PER APPROFONDIMENTI:**

- *"Diritto dell'emergenza sanitaria"* di **Giuseppe Battarino**, Giuffrè editore, edizione 2006.
- **Start Triage:** <http://www.citmt.org/start/overview.htm>
- **Jump START Triage:** <http://www.jumpstarttriage.com/>
- Le indicazioni del CDC di Atlanta per la "Mass casualty":  
<http://www.bt.cdc.gov/masscasualties/>
- **Protezione Civile:** [Comunicato relativo al decreto del Ministro dell'Interno delegato per il coordinamento della protezione civile 13 febbraio 2001](#), concernente: Adozione dei *"Criteri massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi"*. (Decreto pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* – serie generale – n. 81 del 6 aprile 2001).  
[http://www.protezionecivile.it/minisite/index.php?dir\\_pk=253&cms\\_pk=1734](http://www.protezionecivile.it/minisite/index.php?dir_pk=253&cms_pk=1734)

**Articoli a firma Angelo Agostini:**

**"Presenza e utilizzo di Sistemi Strutturati di Triage nella gestione di Multiple Casualty Incident, Indagine nei S.S.U.Em. 118 della Regione Lombardia".** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Giugno 1999 (Pag. 22-25).

**“ Sistemi di TRIAGE a confronto : S.T.A.R.T., C.E.S.I.R.A., FRANCESE”** N&A, Mensile Italiano del soccorso Mese di Maggio 2002 ( Pag.1-7).

**“Mass Casualty Incident, Gestione Sanitaria Atti Terroristici , la Via Isreliana”** N&A Mensile Italiano del soccorso Mese di Ottobre 2002 ( da pag.6 a pag. 17)

**“Mass Casualty Incident, Gestione Sanitaria Atti terroristici ,Centro d’Informazione d’Emergenza, e Gestione dei Familiari delle Vittime”** N&A Mensile Italiano del soccorso Mese di Gennaio 2003 ( da pag.1 a pag. 18)

**“Mass Casualty Incident, Gestione Sanitaria Atti terroristici ,Il Dipartimento di Emergenza e la Risposta Ospedaliera”** N&A Mensile Italiano del soccorso Mese di Novembre 2003 ( da pag.1 a pag. 11)

**“Triage Pediatrico Internazionale in Area di Crisi”** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Agosto 2005 (Pag. 1-7).

**“Infermieri in Israele , Corso sulle Tecniche di Gestione dell’Afflusso Massiccio di Feriti”** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Agosto 2005 (Pag. 8-9).

**“Maxiemergenze : Gli Ospedali Italiani si sentono Pronti?”** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Settembre 2005 (Pag. 6-9).

**“Mass Casualty Event: Utilizzo del codice Nero da parte del personale Infermieristico”** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Ottobre 2005 (Pag. 24-27).

**“Mass Casualty Management for Nurses”: 1° corso tenuto in Israele per Infermieri sulla Gestione degli Eventi Maggiori”** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Aprile 2006 (Pag. 18-23).

**“Le Lesioni da Esplosione”: Meccanismi e Gestione operativa”** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Settembre 2006 (Pag. 10-15).

**"Lo scenario Metropolitano PMA e Triage Hospital"** N&A, Mensile Italiano del Soccorso nel mese di Febbraio 2007.