

Violenza-Terrorismo: siamo veramente preparati



**CONGRESSO REGIONALE
MEDICI CISL
GENOVA 31 MARZO 2017**

DR.GIANCARLO ABREGAL 118 ASL1 IMPERIESE

Riflessioni su un fenomeno di attualita'



Premessa



- Costituzione della Repubblica Italiana
art 32
- «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»



E non solo



- Legge 23 dicembre 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale sancisce
- «l'assistenza sanitaria e' un diritto, non un bene da acquistare»

**in ordinario e in emergenza o
maxiemergenza da qualunque causa**



Quindi e' un nostro problema

e siccome La saggezza comincia col chiamare le cose con il proprio nome.....



Maxiemergenza =(evento inatteso)

Numero di richieste di soccorso > capacita' di risposta



- Se il numero richieste > 10 ma <50 **Incidente Maggiore**
- **Catastrofe** quando sono coinvolte le strutture sanitarie (Ospedali)

Quali sono gli scenari possibili...



- Cause naturali : terremoti ,neamwave (tsunami),ebola,alluvioni
- Cause legate all'uomo:
- Accidentali : incendi ,esplosioni ,incidenti del traffico
- Violente :guerre,attacchi terroristici, firearm accident,attacchi non convenzionali (NBCR ..antrace)

Un problema emergente.....



- Negli ultimi anni le cause violente diverse dalle guerre sono diventate un problema rilevante
- Dalle torri gemelle ai mercati di natale di Berlino.....al Westminster Bridge

Ma siamo preparati a questi scenari....



Vanno analizzate due fasi differenti della risposta

- Fase interventi sanitari ospedalieri
- Fase interventi sanitari extraospedalieri

Fase Ospedaliera...



- Studio CRIMEDIM (Centro di Ricerca Medica in Emergenza Univ Piemonte Orientale di Novara)
(Sui maggiori Ospedali)
- 
- Solo 3 ospedali su 15 sono risultati sufficienti
 - Punteggio medio 104 sufficienza 129

L'analisi delle carenze....



- Catena di comando
- Interazione tra i soggetti interessati «stakeholders»
- PEIMAF (Piano Emergenza Interno per Massiccio Afflusso di Feriti) adattati/copiati

Fase Extraospedaliera....



- La risposta territoriale passa attraverso le strutture previste dalla legge
- Riferimenti legislativi:
- DL 81 6 aprile 2001 (G.U.12 maggio 2001)
- Adozione dei "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi".
- Delib 22.5.2003 public BUN 196 del 25 8 2003
- Dotazioni PMA etc
- ma....



..a fronte di un nuovo potenziale scenario terroristico



- Predisposti un Piani Sanitari per Gestione Maxiemergenze ed Eventi Maggiori convenzionali e non convenzionali



- Regione Liguria (marzo 2016) Riprende il Piano Sanitario di difesa civile del 2005



Nessuno studio valutativo della risposta

La catena di comando e' predisposta ma..



Il livello politico ha assolto completamente il suo compito?

Il risultato dipende anche dalla gestione operativa delle vittime (responsabilita' sanitaria)
perche'

La gestione di una «maxi» classica e' differente da uno scenario di attacco terroristico

Dove sta' la Differenza



Diversa classe di feriti piu' simile ai feriti di guerra
richiede

- Particolarita del triage/dispatch
- Approccio scoop and run/problema sicurezza
- Maggior necessita' di emoderivati (banca sangue)
- Uso massiccio di tourniquet
- Utilizzo principi Tactical Combat Casualty Care
- (approccio ABC sostituito da MARCH major emorrhage airway respiration circulation head injury)

L'implementazione di Questo background richiede



- Programmi di formazione regolare(refresh)
- Predisposizione di esercitazioni periodiche
- Workshop con Servizi Sanitari piu' esperti (Israele, Gran Bretagna)
- Sperando di non essere tacciato di stalking.....
grazie per l'attenzione

Giancarlo Abregal