

## **ALLEGATO 1**

### **Linee di indirizzo ASUR per la gestione delle grandi emergenze sanitarie**

#### **Il sistema di Protezione Civile**

Il soccorso alla popolazione in emergenza è l'attività che identifica la funzione più nota della protezione civile (PC), anche se negli anni le competenze del sistema si sono estese allo sviluppo della conoscenza dei rischi (previsione) e alle azioni per evitare o ridurre al minimo i danni delle calamità (pianificazione).

Il D. lgs. n.1 del 2 gennaio 2018, che ha abrogato la legge n. 225 del 1992 istitutiva del Servizio Nazionale, introducendo il nuovo Codice della protezione civile, definisce le attività di protezione civile: la previsione, la prevenzione e mitigazione dei rischi, la gestione delle emergenze e il loro superamento. Alle attività di protezione civile concorrono diverse amministrazioni ed istituzioni, pubbliche e private, che il codice individua quali autorità, componenti e strutture operative del Servizio Nazionale.

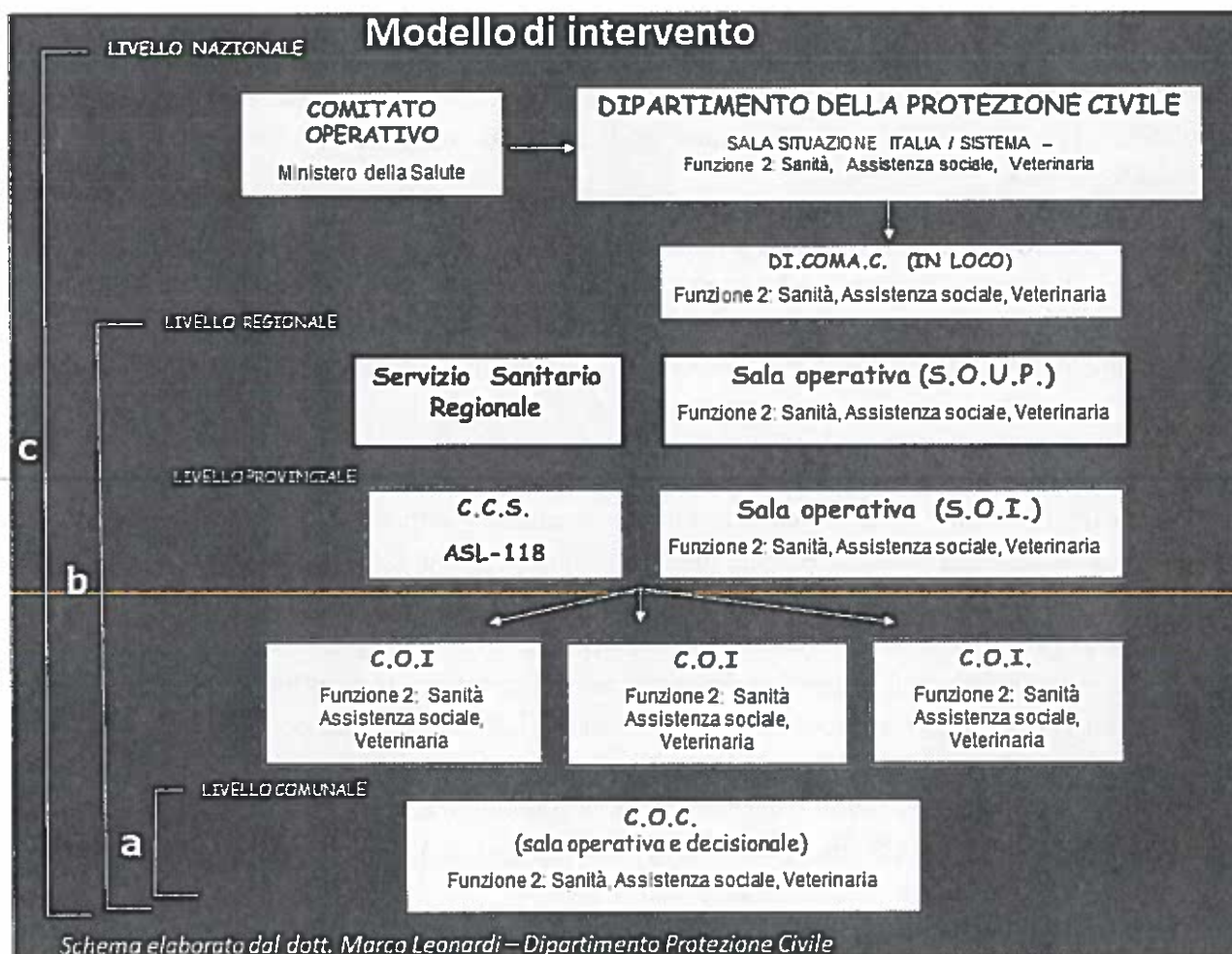
Il Servizio Nazionale opera a livello centrale, regionale e locale, nel rispetto del principio di sussidiarietà. Il contesto territoriale del nostro Paese, soggetto ad una grande varietà di rischi, rende infatti necessario un sistema di protezione civile che assicuri in ogni area la presenza di risorse umane, mezzi e capacità operative in grado di intervenire rapidamente in caso di emergenza, ma anche di operare per prevenire e, per quanto possibile, prevedere eventuali disastri.

La prima risposta all'emergenza, qualunque sia la natura e l'estensione dell'evento, deve essere garantita a livello locale, a partire dalla struttura comunale, l'istituzione più vicina al cittadino. Il primo responsabile della protezione civile in ogni Comune è quindi il Sindaco Autorità di protezione civile che ha il compito di assicurare i primi soccorsi alla popolazione, coordinando le strutture operative locali sulla base dei piani comunali di emergenza (evento di tipo "a"). Quando l'evento non può essere fronteggiato con i mezzi a disposizione del comune, si mobilitano i livelli superiori attraverso un'azione integrata e coordinata: la Prefettura - Uffici territoriale del governo e la Regione attivano le risorse disponibili sui territori di propria competenza (evento di tipo "b"). Nelle situazioni più gravi, su richiesta del Governo regionale, si attiva il livello nazionale, con la dichiarazione dello stato di emergenza o la mobilitazione nazionale (evento di tipo "c"): il coordinamento degli interventi viene assunto direttamente dal Presidente del Consiglio dei Ministri, che opera attraverso il Dipartimento della Protezione Civile. È in questi casi che il Servizio Nazionale viene impegnato in tutte le sue componenti e strutture operative.

## Classificazione delle Catastrofi

- a) **CATASTROFI NATURALI** - Fenomeni geologici (terremoti, eruzioni vulcaniche, etc.) - Eventi meteorologici (piogge estese, trombe d'aria, neve, etc.) - Fenomeni idrogeologici (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe, etc.) - Varie (es. epidemie umane ed animali);
- b) **CATASTROFI TECNOLOGICHE o ANTROPICHE** - Incidenti rilevanti in attività industriali (incendio, esplosione, radioattività, rilascio di sostanze inquinanti o tossiche, etc.) - Incidenti nei trasporti (aerei, ferroviari, stradali, di navigazione, etc.) - Collasso dei sistemi tecnologici (black-out elettrico, black-out informatico, interruzione del rifornimento idrico, etc.) - Incendi (boschivi e urbani) - Varie (es. crollo di immobili);
- c) **CATASTROFI CONFLITTUALI E SOCIOLOGICHE** - Atti terroristici - Sommosse - Conflitti armati internazionali - Uso di armi chimiche, biologiche e naturali - Epidemie - Carestie - Migrazioni forzate di popolazioni (campi profughi) - Incidenti durante spettacoli, feste e manifestazioni sportive.

Organizzazione operativa del sistema di protezione civile della Regione Marche:



## **I centri di coordinamento regionali**

Con il decreto presidenziale n. 451 del 27 ottobre 2003 è stato costituito il Centro Operativo Regionale (C.O.R.) di cui all'art. 10, comma 3 e 4 della L.R.32/01. Al C.O.R. sono chiamati a partecipare rappresentanti - dotati di poteri decisionali - degli Enti e delle Istituzioni che hanno responsabilità e compiti di intervento in emergenza a livello regionale. I componenti del C.O.R. vengono convocati quando vi siano situazioni suscettibili di essere qualificate come emergenze in atto o potenziali.

A seguito delle modifiche normative intervenute con la L.R. 13/2015 e con il D.lgs. n. 1 del 2018, al verificarsi di un evento di tipo "b" o "c" assume, nell'immediatezza dell'evento in raccordo con il Presidente della giunta regionale e coordinandosi con la struttura regionale di protezione civile, la direzione unitaria di tutti i servizi di emergenza da attivare a livello provinciale, curando l'attuazione del piano provinciale di protezione civile, coordinandoli con gli interventi messi in atto dai comuni interessati, sulla base del relativo piano di protezione civile, anche al fine di garantire l'immediata attivazione degli interventi di primo soccorso alla popolazione.

Il luogo preposto per la gestione delle emergenze provinciali è rappresentato dalle Sale Operative Integrate (SOI) provinciali presenti nella Regione Marche su ciascun capoluogo di Provincia.

Le SOI, come pure la Sala Operativa Unificata di Protezione Civile Regionale (SOUP), sono strutture afferenti al Servizio Protezione Civile della Regione Marche. In particolare per la gestione e l'utilizzo delle SOI è stato predisposto uno schema di protocollo condiviso, di cui alla DGR 1530/2017. Le SOI, dunque, costituiscono l'interfaccia di livello territoriale provinciale della SOUP e la gestione/utilizzo delle stesse è realizzato attraverso specifici accordi siglati con le diverse prefetture.

Il Comitato Provinciale di PC (CPPC) è organo di PC a livello provinciale, convocato d'intesa con il Prefetto e presieduto dal Presidente della regione, in tempi ordinari.

Il Centro di Coordinamento Soccorsi (CCS), presieduto dai Prefetti, si configura come l'organo di coordinamento Provinciale in emergenza ove si individuano delle strategie generali di intervento, mentre nella Sala Operativa Provinciale si raccolgono le esigenze di soccorso e si risponde secondo le indicazioni provenienti dal CCS. Questi due organi debbono necessariamente operare in distinti locali, ma sotto un'unica autorità.

Le funzioni di supporto, da attuare nei comuni, vengono istituite in maniera flessibile o in base ad una pianificazione di emergenza già predisposta in un territorio per un determinato evento, oppure per far fronte ad immediate esigenze operative dei comuni prima e/o durante un evento calamitoso.



Il Sindaco a sua volta non possiede un organo di supporto per le strategie, ma organizza la risposta di protezione civile sul proprio territorio attraverso la costituzione di un Centro Operativo Comunale (COC).

Qualora l'evento coinvolga più comuni può essere attivato un Centro Operativo Intercomunale (COI), per meglio svolgere la direzione unitaria dei servizi di emergenza coordinandoli a livello provinciale con gli interventi dei Sindaci dei Comuni afferenti al COI stesso.

## FUNZIONE 2. Sanità, Assistenza Sociale e Veterinaria

L'art. 16, comma 2 del nuovo D. lgs. n. 1/2018 "Codice della protezione civile" individua tra le diverse tipologie dei rischi di protezione civile, per i quali possa esplicarsi l'azione del Servizio nazionale, anche quello igienico-sanitario.

Le tematiche sanitarie che devono essere affrontate nella pianificazione e gestione dell'emergenza sono varie e molteplici anche se, abbastanza comunemente, il settore viene limitato alla medicina d'emergenza. In realtà, l'intervento sanitario in seguito a un disastro deve fare fronte ad una complessa rete di problemi che si inquadrano nell'ambito della medicina delle catastrofi e che prevedono la programmazione ed il coordinamento delle 3 seguenti linee di attività:

- Primo soccorso e assistenza sanitaria (soccorso immediato ai feriti; aspetti medico legali connessi al recupero e alla gestione delle salme; fornitura di farmaci, continuità dell'assistenza medica ed infermieristica di base, specialistica e territoriale);
- Attività di assistenza psicologica e di assistenza sociale alla popolazione (assistenza sociale, domiciliare, geriatrica; assistenza psicologica).
- Interventi di sanità pubblica (vigilanza igienico-sanitaria; disinfezione e disinfestazione; problematiche delle malattie infettive e parassitarie; problematiche veterinarie e sicurezza alimentare).

Sulla base della bibliografia esistente ad oggi vengono distinte due diverse situazioni:

- maxiemergenza: i sistemi di soccorso, inclusi gli ospedali, sono intatti e funzionanti;
- catastrofe (o disastro): i sistemi di soccorso sono danneggiati e/o incapaci a funzionare.

Differenti eventi emergenziali sono caratterizzati da risposte operative diversificate e connotate dal coinvolgimento, di volta in volta, di diverse componenti del sistema sanitario, in particolare, e dell'intero sistema di protezione civile. A titolo di esempio, si citano i seguenti eventi emergenziali che hanno interessato il territorio nazionale e/o regionale negli ultimi anni, quali la malattia vescicolare dei suini 2008 nelle Marche, il sisma Abruzzo e la pandemia influenzale 2009, il sisma

Emilia 2012, l'epidemia da virus Ebola 2014, il sisma centro Italia 2016-2017; il disastro ferroviario Pioltello - MI 2018.

Tutto ciò premesso, giova ricordare che nel 2001 il Dipartimento della protezione civile ha predisposto il documento "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" con lo scopo di individuare linee guida comuni per tutto il territorio nazionale, che garantissero un efficace coordinamento delle strutture coinvolte nei soccorsi sanitari a seguito di un evento catastrofico di dimensioni sovraregionali.

Tale documento evidenzia come gli eventi complessi richiedano il collegamento funzionale di tutte le organizzazioni, sanitarie e non, deputate all'emergenza che può essere correttamente gestito solo mediante una pianificazione di emergenza, che si sviluppi fino al livello comunale.

In particolare, al fine di indicare la modalità operativa attraverso la quale garantire la complessiva risposta in emergenza in ambito sanitario, in seno ai Centri di coordinamento istituiti, viene individuata la Funzione di supporto (funzione n.2), denominata "sanità, assistenza sociale e veterinaria".

Tale Funzione 2, tavolo tematico coordinato da un Responsabile, è deputata ad affrontare le problematiche connesse all'intervento sanitario in emergenza, inquadrabili complessivamente nell'ambito della medicina delle grandi emergenze e delle catastrofi, e che possono inquadarsi nelle 3 linee di attività succitate.

Nell'ambito di questa funzione operano, con le loro declinazioni organizzative, l'A.S.U.R e le altre aziende del SSR, i Servizi Sociali, il Volontariato Socio Sanitario.

I compiti della funzione 2 sono:

- primo soccorso e assistenza sanitaria di urgenza;
- cure primarie: assistenza sanitaria di base e gestione della residenzialità;
- attività di assistenza psicologica e di assistenza sociale;
- interventi di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare (allegato 1).

Per l'assolvimento di tali compiti le principali attività da svolgere sono: soccorso immediato alle vittime; recupero e gestione delle salme; allestimento e gestione di strutture sanitarie campali; fornitura farmaci e presidi medico chirurgici per la popolazione colpita; cure primarie e specialistica; vigilanza igienico sanitaria; controlli delle acque destinate ad uso potabile provenienti da rete idrica o da impianti provvisori; disinfezione e disinfestazione; controllo degli alimenti e distruzione e smaltimento di quelli avariati; profilassi delle malattie infettive e parassitarie; interventi veterinari; assistenza psicologica e sociale; igiene mentale. Nell'ambito della funzione sanità sono altresì previste attività connesse a problematiche di tipo ambientale conseguenti il deposito e lo smaltimento di rifiuti ed eventuali criticità derivanti da attività produttive colpite. Il responsabile avrà il compito di coordinare le attività svolte dai responsabili della Sanità locale e delle Organizzazioni di Volontariato che operano nel settore sanitario, sia in tempi di normalità che in emergenza.

**Il DPCM 24 Giugno 2016 (G.U. 194 del 20/08/2016) ha disposto la “Individuazione della Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario – CROSS - per il coordinamento dei soccorsi sanitari urgenti nonché dei Referenti Sanitari Regionali – RSR - in caso di emergenza nazionale”.**

Questo provvedimento consente al Dipartimento di Protezione Civile di coordinare l’evacuazione sanitaria e l’operatività dei “Moduli Sanitari” mediante l’attivazione di una Centrale 118 remota messa a disposizione da una Regione diversa da quella colpita.

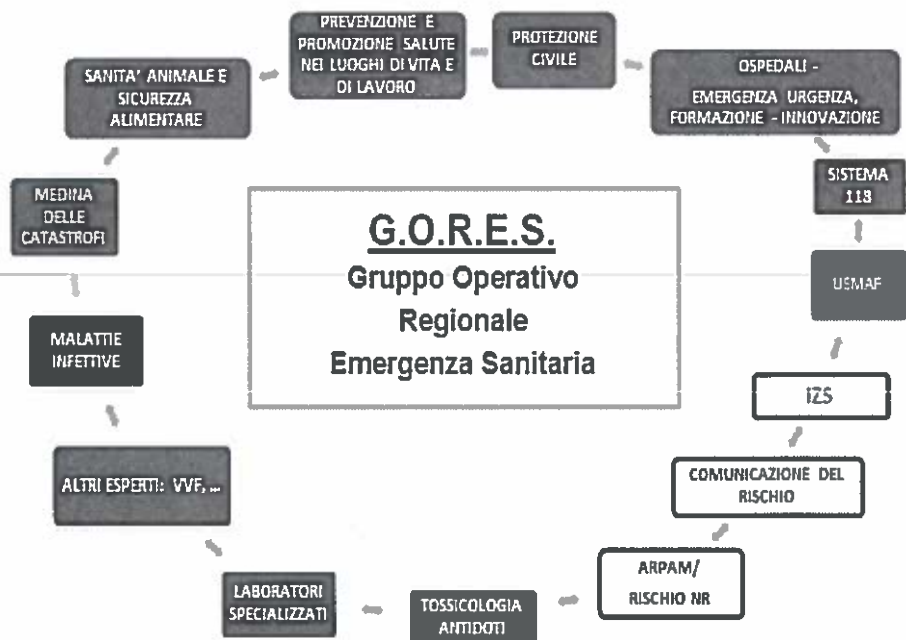
Con l’istituzione della figura del referente sanitario regionale per le emergenze, è stato individuato il punto di integrazione del Servizio sanitario regionale (SSR) all’interno del Sistema regionale di protezione civile.



Nel caso di eventi emergenziali, il RSR partecipa alle attività poste in essere dalla struttura di coordinamento attivata dalla regione, anche ai fini del raccordo operativo con la CROSS e interagisce con il coordinamento nazionale per le richieste di risorse specifiche.

**Con decreti del Presidente della Giunta regionale, periodicamente aggiornati, ai sensi del c.1, art. 7 della LR 32/2001, è stato istituito il G.O.R.E.S. (gruppo operativo regionale emergenze sanitarie) per fronteggiare le problematiche connesse all’organizzazione della risposta nelle maxiemergenze della Regione Marche.**

Il GORES è costituito da un gruppo di coordinamento a cui afferiscono rappresentanti della protezione civile e del SSR e da un gruppo di esperti, individuati sulla base delle principali tematiche sanitarie in emergenza e che può essere implementato, di volta in volta, sulla base delle necessità emergenti nei diversi eventi, con ulteriori esperti.



Per ogni livello decisionale è individuato un referente per la funzione 2:

- il RSR coordina il GORES ed i suoi sottogruppi e partecipa al COR;



- I referenti sanitari dei livelli territoriali per la Funzione 2 operano nei livelli decisionali (CCS/SOI – COC/COI) e coordinano le equipe multidisciplinari nell'ambito delle strutture operative territoriali che comprendono anche i presidi di prossimità ai luoghi colpiti dalla calamità.

#### MATRICE DEI REFERENTI ASUR NEI COORDINAMENTI DELLA FUNZIONE 2

Livello		REGIONALE COR-GORES	PROVINCIALE CCS/SOI	COMUNALE SOVRACOMUNALE COC - COI
<b>Amministrativo</b>				
<b>Livello Funzionale</b>				
<b>Regione</b>		RSR		
<b>ASUR Marche</b>	Direzione Sanitaria	Direttore Sanitario o suo delegato		
<b>Area Vasta</b>	118		Direttore del SET 118 o suo delegato	Operatore sanitario dipendente o convenzionato, identificato in accordo tra sindaco e distretto
	Territorio		Direttore di Distretto o suo delegato	
	Prevenzione		Direttore Dipartimento Prevenzione o suo delegato	
	Socio sanitario e psicologico		Direttore DSM o suo delegato	

#### MODELLO ORGANIZZATIVO ED OPERATIVO ASUR-Area Vasta.

##### *Dipartimento Prevenzione*

Le équipes operative che intervengono sui luoghi colpiti dall'evento calamitoso, operano ciascuna nell'ambito delle proprie competenze tecniche e secondo quanto previsto dalle proprie procedure operative, prestando particolare attenzione alla sicurezza degli operatori attraverso l'uso di idonei Dispositivi di Protezione Individuale - DPI.

Per garantire il coordinamento degli interventi tecnici e di soccorso, è necessario individuare i referenti dei gruppi operativi che, fin dai primi momenti dell'emergenza, si raccordano con il coordinatore operante nel nodo COC o livello superiore che definisce le priorità degli interventi da attuare.

Nell'ambito della Funzione 2, gli interventi di sanità pubblica da mettere in atto a seguito di una calamità che genera lo stato di emergenza, in relazione al grado di complessità, sono i seguenti:

##### a) azioni di base:

- valutazione del grado di coinvolgimento delle strutture e del personale dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione;
- riorganizzazione tempestiva dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione;

- individuazione dei possibili aree di prossimità per garantire gli interventi di emergenza sui luoghi attraverso punti di presidio;
- mappatura dei fabbisogni per la ripresa produttiva ed il ripristino delle condizioni precedenti all'evento calamitoso.

b) Azioni specifiche per la tutela della sicurezza alimentare:

- Ricognizione speditiva sullo stato di coinvolgimento delle imprese alimentari (blocco/sospensione, parziale o totale, della produzione e della commercializzazione dei prodotti alimentari);
- pianificazione del supporto e delle verifiche igienico sanitarie nell'ambito della ristorazione collettiva, di campi tenda, centri e siti di accoglienza per sfollati;
- pianificazione delle verifiche e dei controlli sanitari sulle derrate alimentari e sulla potabilità delle acque della rete idrica;
- supporto tecnico alle imprese alimentari che devono attivare le procedure di delocalizzazione della produzione e gestione dei prodotti alimentari pronti alla commercializzazione;
- supporto tecnico alle imprese alimentari per favorire la tempestiva ripresa produttiva con il ri-accreditamento dei processi di lavorazione degli alimenti secondo gli standard della sicurezza alimentare;
- pianificazione dei controlli e verifiche di tutte le filiere alimentari coinvolte nell'evento;
- coordinamento e verifica delle procedure di smaltimento delle derrate alimentari deteriorate.

c) Azioni specifiche di sanità pubblica veterinaria:

- ricognizione speditiva per la raccolta delle informazioni relative allo stato dei danni a carico delle imprese agro-zootecniche;
- recupero di animali da compagnia vaganti;
- soccorso e assistenza zoosanitaria agli animali in stato di difficoltà;
- supporto nelle fasi di attuazione delle soluzioni temporanee di fortuna per ospitare gli animali da reddito e coordinamento nelle fasi di delocalizzazioni degli stessi in altri siti aziendali;
- controlli sanitari sulle filiere di produzione latte e uova: stato di salute degli animali e modalità di gestione delle produzioni animali nelle aziende;
- coordinamento e verifica delle procedure sanitarie di smaltimento degli animali morti in stalla e produzioni animali deteriorate (latte-uova) attraverso ditte autorizzate (Reg. 1069/2009/CE);
- attivazione di siti comuni per lo stoccaggio temporaneo di fieno, mangime e paglia;
- gestione sanitaria degli animali da compagnia che rimangono al seguito dei proprietari sfollati o che vengono ospitati presso le strutture recettive per animali da compagnia.

d) azioni specifiche di sanità pubblica medica:

- organizzazione della sorveglianza attiva delle malattie infettive diffuse e tossinfezioni;
- organizzazione di campagne di profilassi vaccinale, laddove necessario;
- controllo attivo delle condizioni igienico sanitarie dei luoghi provvisori di aggregazione della popolazione;
- rilevazione di fabbisogni nutrizionali particolari nei luoghi di aggregazione della popolazione (es: soggetti celiaci);
- valutazione delle condizioni igienico sanitarie dei cimiteri;
- supporto ai sindaci, il collaborazione con ARPAM, per la gestione di eventuali problematiche di rischio per la salute di origine ambientale;



- supporto tecnico ai sindaci ed alle imprese per favorire la tempestiva ripresa produttiva mediante, laddove necessario, la valutazione della idoneità delle delocalizzazioni e della sicurezza produttiva.

La sorveglianza epidemiologica di sanità pubblica è strumento fondamentale anche per le calamità di tipo chimico e tossicologico.

In questa tipologia di calamità si possono sviluppare fenomeni di accumulo di prodotti chimici negli animali e negli alimenti (bio-magnificazione) che, attraverso la catena alimentare, possono dare importanti ripercussioni sulla salute pubblica.

Gli animali, possono essere utilizzati come indicatori delle condizioni ambientali. Infatti, attraverso i fenomeni di bio-accumolo, più evidenti nei vertebrati che sono ai vertici della catena alimentare, è possibile l'individuazione mirata di contaminanti ambientali anche a concentrazioni molto basse.

### ***Area emergenza territoriale***

Nella Regione Marche il Sistema Emergenza Territoriale 118 (SET 118) è costituito da due sottosistemi: il Sistema di Allarme Sanitario (SAS) ovvero le Centrali Operative del 118 (CCOO 118) e la Rete Territoriale del Soccorso (RTS 118) costituita dalle risorse di mezzi ed equipaggi sanitari compreso l'elisoccorso.

Attualmente le CCOO118 sono quattro territoriali, su base prevalentemente provinciale: Pesaro Soccorso, Ancona Soccorso, Macerata Soccorso e Piceno Soccorso (Unica che gestisce 2 provincie Fermo ed Ascoli) ed una Regionale che coincide con quella di Ancona.

La RTS 118 ha un'organizzazione difforme infatti le varie tipologie di mezzo possono essere:

- MSA (Mezzo di soccorso avanzato) ambulanze o automediche medicalizzate con personale Asur afferenti alle CCOO o ai Pronti Soccorsi della Regione;
- MSI (mezzo di soccorso intermedio) ambulanze infermieristiche con personale Asur afferenti alle CCOO o ai Pronti Soccorsi della Regione;
- MSB (mezzo di soccorso di base) ambulanze BLSD con volontari formati in rapporto di convenzione con ASUR Marche;
- Elicotteri con medici rianimatori servizio fornito da Azienda Ospedali Riuniti Torrette di Ancona.

I SET 118 sono dotati di proprio piano territoriale di Maxiemergenza, condiviso, diffuso e testato oltre che di PMA (Posto Medico Avanzato) di 1° livello operativo. I piani sono collegati fra loro in modo tale da garantire un supporto tra CCOO limitrofe e la funzione di più PMA di primo livello al fine di garantire le risposte adeguate qualora si verifichi un evento che travalichi le dimensioni di 10 feriti gravi o le 72 ore.

In caso di evento maggiore che si configuri come "Maxiemergenza" l'allarme con grande probabilità arriva ad una delle CO118 della Regione, direttamente o tramite altro numero unico nazionale oggi attivo.

I compiti della CO 118 sono quelli di:

- Verificare la veridicità della chiamata;
- Inviare i mezzi sanitari di prima partenza, compreso elisoccorso;
- Attivare risorse tecniche aggiuntive: VVF, Carabinieri, Polizia, Protezione civile, ecc.
- Diffondere l'Allarme, appena confermata la tipologia di evento a: Direzione Sanitaria ASUR, Prefettura, SOUP/PC Regionale, CO 118 Regionale;
- Attivare e costituire l'Unità di Crisi della CO118;
- Attivare e reperire risorse aggiuntive (Seconda partenza) se necessarie, ed inviarle nell'area dell'evento;
- Attivare le medicine e chirurgie di accettazione e d'urgenza (ex Pronto Soccorsi) degli Ospedali di destinazione delle persone coinvolte;
- Confermare o sostituire la Catena di Comando sul sito dell'evento: Direttore Soccorsi Sanitari (DSS), Direttore Squadre Recupero (DSR), Direttore Trasporti (DTR);
- Attivare ed inviare PMA 1° livello di CO118 con relativo Direttore;
- Costituire se richiesta dal DSS eventuali Unità Mobili Soccorso Sanitario (UMSS) specifiche;
- Identificare/Nominare ed inviare i propri rappresentanti presso le Sale Operative della Maxiemergenza per la Funzione 2;
- Registrare i dati relativi alla gestione della Maxiemergenza;
- Mantenere i contatti ed aggiornare referenti Istituzionali: Protezione Civile, Prefettura, Direzione Sanitaria ASUR, Unità di Crisi del Presidio Ospedaliero Unico con attivazione PEIMAF;
- Inviare mezzi sanitari necessari alla realizzazione del Trasporto secondario e mantenere le comunicazioni con gli ospedali di destinazione;
- Reperire i posti letto, le sale operatorie e le informazioni utili al DSS per aggiornare il medesimo;
- Registrare l'ospedalizzazione dei pazienti in uscita dalla Zona dell'evento.

I compiti degli equipaggi 118 intervenuti

A) Prima MSA giunta sul posto deve:

- a) Confermare evento, dare dimensionamento, tipologia vittime, stato viabilità, richieste di risorse aggiuntive;
- b) il medico assume ruolo di DSS, l'infermiere il ruolo di DSR per triage e recupero; l'autista il ruolo di D. Trasporti;
- c) il DSS costituisce con i referenti degli altri Enti il Posto di Comando Avanzato (PCA): nucleo che in sito stabilisce la strategia d'intervento diretto dal Direttore Tecnico del Soccorso (DTS-VVF) (qualora la maxiemergenza avvenga in mare, il Direttore Tecnico del Soccorso appartiene alla Capitaneria di Porto);
- d) il DSS identifica l'area di raccolta dei feriti sicura ed accessibile, stabilisce le necessità di PMA; garantisce le comunicazioni con la CO118 di riferimento;
- e) il DSR garantisce il primo triage ed il soccorso o il salvataggio da parte VVF;

f) il DTR predispone l'area di stazionamento dei mezzi in arrivo ed in partenza dal sito dell'evento;

B) Tutti i mezzi destinati all'evento giunti sul sito si mettono a disposizione e seguono le indicazioni date dal DSS, dividendosi in risorse a disposizione del DSR (triage e recupero); della funzione PMA (stabilizzazione ed evacuazione); del DTR per i trasporti secondari ossia l'ospedalizzazione;

C) l'elisoccorso, quando disponibile, ha prioritariamente il ruolo di effettuare la ricognizione, definire e dimensionare l'evento compresa la viabilità ed il rischio evolutivo; successivamente il rianimatore può essere richiesto come UMSS per eventuali amputazioni su pazienti incarcerati non estrictabili; garantisce i trasporti di centralizzazione mirata perché consente una risposta più rapida.

D) il Direttore di SET 118 può decidere di sostituire il DSS con altro operatore più formato.

L'Unità di Crisi di Maxiemergenza della CO 118 decreta la fine delle fase territoriale della Maxiemergenza e la comunica a tutte le componenti attivate; organizza il debriefing dell'evento; utilizza l'esperienza maturata per aggiornare il Piano di Maxiemergenza di CO118.

### ***Area Ospedaliera***

Non è purtroppo un'evenienza rara che un ospedale si trovi, a seguito di una maxiemergenza, a dover improvvisamente soccorrere un gran numero di feriti, con conseguente inadeguatezza di servizi calibrati per lo svolgimento del normale carico di lavoro delle urgenze.

Altrettanto frequente è la possibilità che la struttura ospedaliera subisca dei danneggiamenti a causa di eventi naturali e non (terremoti, incendi ecc.) e che questo comporti ancora una volta la diminuzione della sua operatività, fino a comportare l'evacuazione parziale o totale dei degenti. Pertanto ogni presidio ospedaliero ASUR deve possedere i piani di emergenza (PEIMAF e PEIVAC), che si caratterizzino per una flessibilità tale da poter essere utilizzati nelle diverse tipologie di emergenza e semplicità per essere rapidamente operativi.

Il P.E.I.M.A.F. (piano intraospedaliero massiccio afflusso feriti) è il piano d'emergenza che ciascun ospedale deve avere come ultimo anello della catena dei soccorsi sanitari in ottemperanza alla normativa vigente che contempla l'insieme delle procedure operative d'intervento da attuarsi nel caso in cui si verifichi un evento eccezionale.

Esso delinea preventivamente le soluzioni organizzative e logistiche più idonee per fronteggiare un eventuale massiccio afflusso di feriti, identificando la tipologia delle misure da adottare, le modalità e, per quanto possibile, i tempi di esecuzione, i responsabili e gli esecutori materiali dei diversi interventi.

I P.E.I.M.A.F. sono diversificati in base alle caratteristiche strutturali di ciascun presidio ospedaliero ASUR, ma hanno in comune la caratteristica dell'adattabilità a qualsiasi tipo di emergenza e sono in grado di garantire l'assistenza al più elevato numero di pazienti possibile.

Devono garantire i seguenti requisiti di base:

- Per la prima fase di attuazione, sono tarati sulle strutture e gli organici esistenti, al fine di essere operativi senza ritardi di attuazione ed aggravio di costi;
- Devono garantire lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero del personale a causa di ferie, festività, o in fascia oraria notturna;
- Devono essere adattabili a qualunque tipo di emergenza ed idonei a garantire l'assistenza al più elevato numero possibile di pazienti.

Il piano di emergenza è il documento che:

- identifica le capacità di ricezione dell'ospedale;
- identifica le aree che devono essere allestite: accettazione (triage), rossi, gialli, verdi e neri;
- definisce una modulistica semplificata da utilizzare;
- predispone un'area da adibire ad ufficio informazioni per parenti e mezzi di informazione;
- definisce il personale, le competenze, le procedure e le risorse disponibili da mettere in atto durante le operazioni di risposta;
- assegna le responsabilità;
- definisce le vie di accesso;
- prevede come coordinare le azioni.

“Gli Ospedali non sufficientemente organizzati per dotarsi di un piano finalizzato all'accettazione ed al trattamento di numerosi feriti, dovranno pianificare l'assistenza ai pazienti ambulatoriali ed a quelli già stabilizzati provenienti dall'area dell'emergenza e sostituire, per l'assistenza ordinaria, quegli Ospedali che si trovano impegnati nell'assistenza di emergenza”.

Lo stato d'allarme di una catastrofe viene di norma comunicato: dalla Centrale Operativa 118, dalla Prefettura, o da Pubblici Ufficiali e viene confermato dalla Direzione medica di presidio (DMO).

In ogni struttura ospedaliera i direttori di presidio, allertati per l'evento, saranno tenuti a:

- attivare i Piani di emergenza già redatti,
- coordinare il Piano di emergenza attraverso l'**Unità di Crisi**, organo preistituito all'interno dell'ospedale stesso, come specificato nei piani di emergenza di ogni ospedale;
- mantenere un costante collegamento con il direttore sanitario ASUR, al fine di comunicare e permettere la costante conoscenza della situazione di disastro in atto;
- mantenere contatti costanti con la Centrale Operativa 118 al fine di garantire un costante aggiornamento sullo stato delle attività e sulle necessità relative sia alla gestione sia al trasferimento di pazienti.

I piani in oggetto, elaborati da gruppi di lavoro coordinati dalle DMO devono essere diffusi capillarmente a livello ospedaliero a cura delle DMO ed i Servizi Professioni Sanitari (SPS).

Tutto il personale che lavora all'interno della struttura ospedaliera deve essere a conoscenza delle procedure contenute nel piano e dei compiti assegnati alle singole figure di coordinamento in modo da essere preparato sulle modalità operative da attivare in fase di allarme.

Per questo l'ospedale deve creare percorsi formativi a favore degli operatori che in caso di attivazione del piano sono chiamati a rispondere in modo dinamico ed organizzato con lo scopo di dare la miglior risposta possibile in termini di efficacia, efficienza e qualità. La formazione del personale è requisito

necessario e indispensabile, i percorsi di addestramento devono essere accuratamente pianificati, devono contenere al loro interno, conoscenze manageriali, cliniche ed organizzative specifiche della medicina delle catastrofi, nonché norme di protezione e aspetti legislativi.

Per evitare che il personale ospedaliero coinvolto nell'emergenza possa risentire in modo grave degli psicotraumatismi da stress, con inevitabili conseguenze negative anche sull'efficienza del sistema, è necessario che nell'assegnazione degli incarichi si suddividano i compiti in modo equilibrato, si effettui il monitoraggio del livello di stress dei singoli membri dello staff dell'Ospedale ed al termine dell'emergenza si programmi il debriefing per alleggerire la tensione accumulata e per discutere sui problemi emersi nell'emergenza.

È necessario che ogni struttura ospedaliera effettui (e documenti) periodiche esercitazioni, simulanti una maxi-emergenza per poter verificare la fattibilità dei vari aspetti contenuti nel piano ed i tempi di attivazione, evitando di interferire con l'operatività ordinaria per non arrecare eccessivo disagio ai pazienti.

#### Raccomandazioni di carattere generale:

INFORMAZIONE /FORMAZIONE	pianificazione di eventi: - formativi annuali base per la divulgazione del documento e relativo contenuto; - per coloro che in caso di attivazione del piano possono trovarsi a ricoprire un ruolo di coordinamento
ADDESTRAMENTO/SIMULAZIONI	organizzazione di periodiche simulazioni (biennali) anche in collaborazione con la protezione civile
VERIFICA PERIODICA del documento	ogni qual volta se ne ravvisi la necessità e comunque <b>ALMENO TRIENNALE</b> il documento aggiornato dovrà essere inviato alla Direzione Sanitaria Asur
MONITORAGGIO	Definizione di figure deputate alla verifica e controllo dei materiali/attrezzature di scorta e delle modalità di registrazione delle verifiche effettuate (check list e registro delle verifiche)

### *Area Territoriale*

#### **Il ruolo del Distretto in caso di catastrofi**

Una gestione efficiente della sanità in caso di catastrofi rende necessaria l'integrazione delle strutture dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) nell'organizzazione di protezione civile. Pertanto anche a seguito dell'esperienza maturata nella gestione dell'evento sismico dell'anno 2016 si ravvisa l'esigenza di disciplinare il coinvolgimento dei medici del distretti nel coordinamento sanitario in caso di catastrofi. I responsabili funzionali dell'UOSeS (Unità operativa sociale e sanitaria), coordinatori di Ambito e Direttori di Distretto, valuteranno congiuntamente gli effetti immediati, sociali e sanitari, dell'evento nella popolazione assistita e attiveranno le azioni da compiere per gestire sia la fase di emergenza sia la successiva evoluzione nel setting assistenziale più appropriato per ciascun assistito. In ciascun

Distretto sarà predisposto un piano per garantire accoglienza ad eventuali pazienti in ADI che non possono rimanere al proprio domicilio.

Il Direttore di Distretto si avvarrà del Responsabile dell'Area Anziani di Area Vasta per conoscere la disponibilità di posti letto nelle diverse Strutture residenziali per anziani (RSA, RPA, RPD e Case di riposo) e far attivare le UVI per pazienti segnalati da Sindaci, Medici di cure primarie, infermieri e assistenti sociali dei Comuni/Ambiti territoriali e per garantire la continuità assistenziale ai pazienti assistiti già in carico al servizio Cure domiciliari nel luogo in cui sono stati trasferiti in seguito all'evento calamitoso.

Si avvarrà anche del Direttore delle Cure Tutelari per ottenere dai Responsabili UMEE ed UMEA le stesse funzioni nell'area disabili e del responsabile dell'Area Adulti di Area Vasta per effettuare una ricognizione su eventuali problemi nelle sedi di erogazione delle Cure Primarie: ambulatori dei MMG/PLS, sedi di Continuità assistenziale, punti prelievo, ambulatori infermieristici e Poliambulatori ed attiverà gli adeguamenti organizzativi necessari per garantire la continuità dei servizi.

### **1. Attività dei Medici dei Distretti nella Funzione 2 COC/COI e SOI**

Allo scopo di organizzare nel più breve tempo possibile, il ripristino dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria territoriale nell'area colpita da catastrofe, la Direzione del Distretto competente per territorio individua tra il personale medico dipendente o convenzionato, i propri rappresentanti per operare presso la Funzione Sanità in relazione all'entità dell'evento e al livello territoriale attivato (comunale, sovracomunale e provinciale) allo scopo di:

- mettere a disposizione delle attività di protezione civile la propria conoscenza del territorio e delle sue risorse sanitarie (farmacie, strutture socio-sanitarie, ospedali ecc.);
- costituire il riferimento a seconda del livello territoriale attivato, per la localizzazione e il soccorso dei cittadini con disabilità permanenti o temporanee e con specifiche necessità sociosanitarie;
- contribuire alla individuazione di strutture di accoglienza per la popolazione sfollata con disabilità o specifiche necessità;
- concorrere ai criteri di scelta per la idonea destinazione alloggiativa, in caso di emergenza, della popolazione con disabilità o specifiche necessità;
- riorganizzare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria di base.

### **2. Attività degli Infermieri ed assistenti sociali dei Distretti per l'assistenza alla popolazione sfollata.**

Allo scopo di assicurare la più tempestiva individuazione e assistenza, delle persone "*disabili o con specifiche necessità*" nell'area colpita dalla catastrofe, gli infermieri e gli assistenti sociali addetti in ordinario all'assistenza domiciliare:

1. favoriscono nelle strutture preposte all'accoglienza (Aree e centri Assistenza, strutture alberghiere, etc.), la valutazione socio-sanitaria della popolazione sfollata e la rilevazione



delle necessità socio assistenziali, anche con l'ausilio dei volontari, attraverso la compilazione della scheda SVEI (vedi allegato);

2. segnalano all'UVI i casi da valutare in modo da consentire alla Direzione di Distretto l'interazione con la Funzione Sanità, contribuendo con ciò ad informare l'autorità di riferimento rispetto al livello attivato rispetto alle necessità sanitarie e socio sanitarie della popolazione sfollata;
3. concorrono ai criteri di scelta per la idonea destinazione alloggiativa, in caso di emergenza, della popolazione sfollata con disabilità o specifiche necessità;
4. contribuiscono alla segnalazione delle persone disabili disperse, ai fini delle operazioni di ricerca e salvataggio;
5. contribuiscono alla individuazione di strutture di accoglienza per la popolazione sfollata con disabilità o specifiche necessità.

#### I Distretti in fase di pianificazione:

- individuano, avvalendosi dei servizi tecnici di supporto, preventivamente sia le strutture disponibili da utilizzare in caso di inagibilità degli ambulatori della Medicina Generale, incluse le postazioni di CA, sia quelle utili per il trasferimento dei pazienti ricoverati in strutture residenziali e di quelli non gestibili a domicilio, anche in caso di dispersione della popolazione in ambiti territoriali lontani da quelli di residenza;
- si dotano dei piani di emergenza previsti per le strutture residenziali ubicate nel distretto su cui tutto il personale che presta assistenza deve essere formato e periodicamente aggiornato;
- predispone e mantiene aggiornato, un elenco dei pazienti ADI, *disabili o con specifiche necessità*. Mentre l'elenco dei pazienti collegati ad apparecchi elettromedicali e di quelli in dialisi peritoneali, è tenuto ed aggiornato dalla CO118.

#### **Le azioni da mettere in atto nell'immediato post-evento per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria sono:**

1. Individuare tempestivamente, con il coinvolgimento degli Infermieri delle cure domiciliari e degli assistenti sociali, i pazienti ADI, *disabili o con specifiche necessità* o dipendenti da apparecchi elettromedicali che necessitino di essere rapidamente messi in sicurezza;
2. attivare il 118-CCT (assistenza sanitaria)/SOI (assistenza socio sanitaria) per il trasporto nelle strutture individuate per l'accoglienza in caso di catastrofe;
3. attivare il PEIVAC laddove necessario;
4. censire le strutture sanitarie inagibili;

5. censire nell'immediato post-evento sia gli ambulatori di MMG/PLS sia le postazioni di C.A. non agibili o difficilmente raggiungibili dalla popolazione;
6. Individuare le strutture disponibili fra quelle preventivamente identificate e allestire in esse gli ambulatori (con annessa sala d'aspetto) della Medicina Generale, Continuità Assistenziale e specialista ambulatoriale. In mancanza di locali si potrà richiedere alla protezione civile la disponibilità di moduli ad uso sanitario;
7. in caso di trasferimento della popolazione in località lontane da quella di residenza, il distretto ricevente collaborerà con le autorità preposte ad organizzare la risposta in emergenza per l'allestimento di ambulatori (con annessa sala d'aspetto) della Medicina Generale.
8. Attivare, qualora fosse necessario, in condivisione con la direzione sanitaria ASUR nel più breve tempo possibile dei turni aggiuntivi di Continuità Assistenziale in collaborazione con il coordinatore della continuità assistenziale.
9. Comunicare costantemente alla Direzione Sanitaria e Direzione della Integrazione Socio-Sanitaria l'evolvere della situazione, anche in considerazione della necessità di provvedimenti di competenza Asur

### **Il ruolo delle Cure Primarie**

Il compito istituzionale della cure primarie (MMG/PLS/MCA) dovrà essere garantito alla popolazione colpita da eventi calamitosi; pertanto i MMG/PLS/MCA dovranno essere messi nelle condizioni di continuare a prestare la loro opera in favore della popolazione colpita.

L'Unità professionale di riferimento delle cure primarie è l'Équipe Territoriale, formata da MMG e PLS; è possibile utilizzare immediatamente le strutture esistenti della Medicina Generale attivando funzioni e collegamenti che possano renderle operative.

Nell'ambito di ogni Équipe Territoriale sarà preventivamente identificato un nucleo operativo immediatamente attivabile composto da Medici disponibili a prestare la loro opera e tra questi verrà indicato un referente di E.T; I referenti di E.T. nomineranno i referenti provinciali e quello regionale che potrà essere chiamato a far parte del GORES in qualità di esperto per il supporto tecnico.

Le azioni da mettere in atto nell'immediato post-evento per garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria sono:

- Comunicazione immediata al Distretto da parte delle Équipes Territoriali che operano nella zona colpita della situazione degli ambulatori non agibili, non idonei o difficilmente raggiungibili dalla popolazione;
- in caso di inagibilità degli ambulatori della Medicina Generale e/o delle postazioni di C.A., verranno allestiti dal Distretto gli ambulatori (con annessa sala d'aspetto) della Medicina Generale/Pediatria di Libera Scelta e di Continuità Assistenziale presso le strutture identificate in modo da rendere immediatamente operativi i Medici delle cure primarie. Qualora la strumentazione informatica necessaria per l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico e per l'invio telematico di

prescrizioni e certificati di malattia non fosse recuperabile dalle strutture ambulatoriali degli stessi, i referenti delle ET richiederanno al Distretto la fornitura dell'attrezzatura informatica necessaria che dovrà essere effettuata nel più breve tempo possibile. Il Fascicolo sanitario elettronico, come previsto dal Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178), rende già disponibili i dati sanitari prodotti dai MMG/PLS mediante la pubblicazione del profilo sanitario sintetico dell'assistito (definito dal regolamento come il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG/PLS, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta). L'elenco dei MMG/PLS del nucleo operativo dovrà essere comunicato al referente del Fascicolo sanitario elettronico per l'attivazione dei profili utente, che garantiranno loro la visibilità sui fascicoli sanitari dei cittadini colpiti dall'emergenza.

In caso di dispersione della popolazione in ambiti territoriali lontani da quello di residenza:

- Si chiederà la disponibilità volontaria alle Équipe Territoriali operanti nei comuni che ospitano gli sfollati a garantire assistenza alla popolazione e/o ad ospitare presso gli ambulatori i MMG/PLS titolari delle scelte nei comuni di provenienza sia nei propri ambulatori che in quelli opportunamente allestiti dal distretto.
- I MMG/PLS titolari delle scelte nei comuni di provenienza saranno agevolati per prestare assistenza in favore dei propri assistiti presso le strutture allestite dal distretto o presso gli ambulatori messi a disposizione dalle Équipes Territoriali locali.

## **DSM - Supporto psicologico**

E' stabilito ed uniformemente accettato dalla letteratura scientifica in campo di psico-sociologia applicata che la dimensione del trauma e della catastrofe determina conseguenze psico-sociali di notevole spessore nelle risposte organizzative immediate e soprattutto nella resilienza post-catastrofe.

La funzione psicologica accoglie in primis la complessità delle esigenze delle persone colpite dal trauma e delle equipe del personale che presta assistenza adattando i protocolli condivisi alle contingenze reali, favorendo la flessibilità delle risposte alle emergenze catastrofiche cercando di prevenire i danni fatalmente presenti sulle singole persone da risposte rigide di sistema.

In pratica tale funzione si esercita tramite un coordinamento centrale all'occorrenza facente parte della SOUP, di uno o più coordinamenti locali SOI, COI a seconda del tipo di emergenza e dell'estensione della stessa.

Il coordinamento Regionale presso il GORES/COR ha un direttore DSM designato per le vie brevi dalla Direzione Generale ASUR che effettua la progettazione direttamente sul campo o in videoconferenza per l'ordinario ha il compito di raccordare il supporto psicologico con le altre funzioni in emergenza, di stabilire la priorità degli interventi alla fase della catastrofe, di integrare e supervisionare i diversi coordinamenti locali.

I coordinamenti locali di norma effettuati dal direttore del DSM dell'area vasta coinvolta o di uno o più suoi delegati hanno il compito di predisporre e garantire 4 funzioni:

- Sanitaria-psichiatrica,
- Supporto ed accoglienza psicologica,
- Servizi alla persona,
- supporto alle famiglie con minori od handicap.

Le azioni adeguate a fornire queste funzioni saranno esercitate in 4 ambiti:

- Individuale,
- gruppale-familiare,
- istituzionale,
- Comunitario.

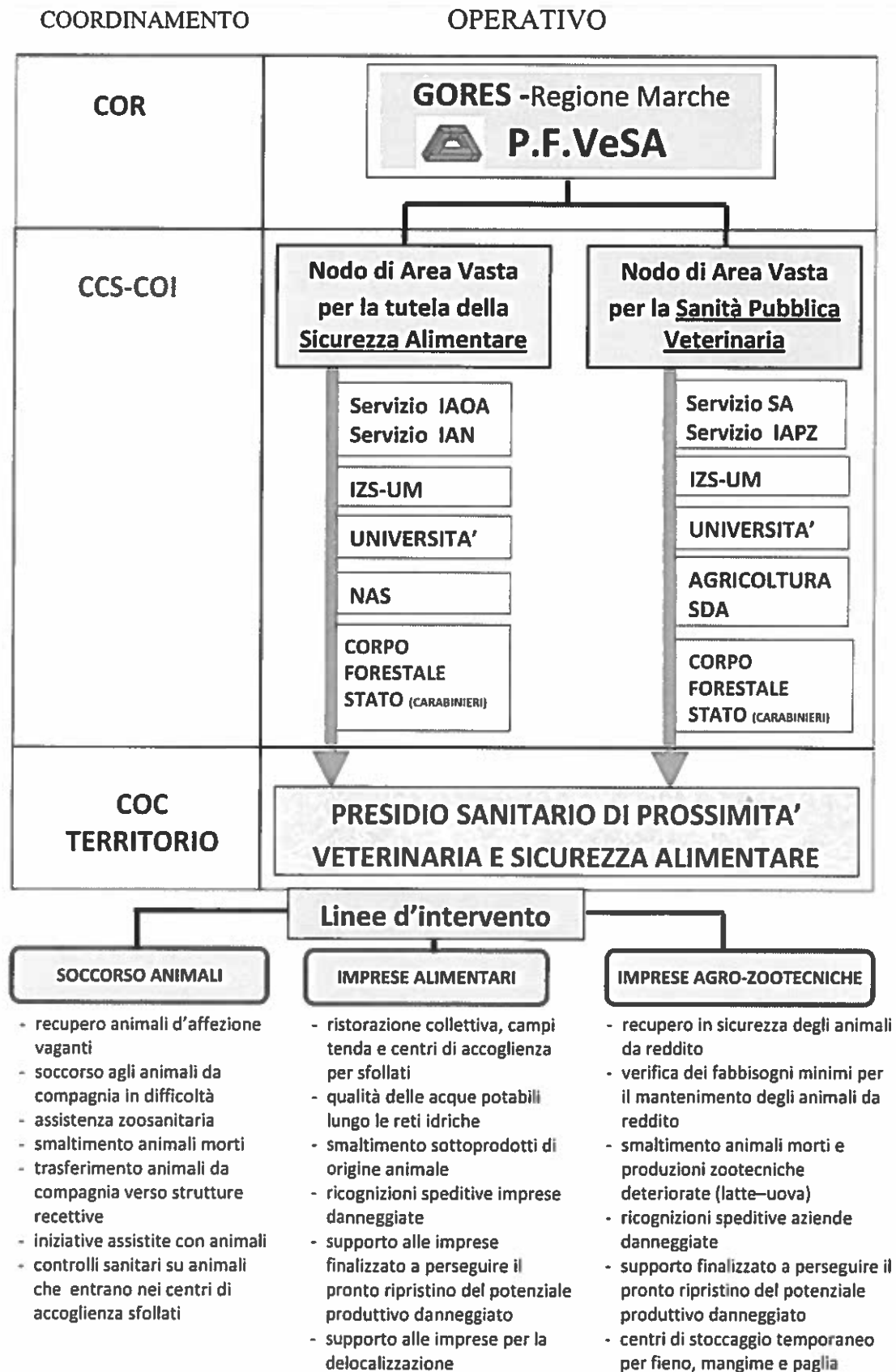
Si intende per funzione di coordinamento esercitata dal DSM la capacità di far emergere tutte le risorse disponibili pubbliche ASUR, private, volontariato ed altro, predisponendo i piani e gli ambiti di intervento, prevenendo sovrapposizioni e competizioni dannose, a seconda della fase:

- di emergenza immediata (sede della catastrofe, pronto soccorso, obitorio, campi avanzati di prima accoglienza),
- di gestione psicosociale di campi o dimensioni di esodo nelle sedi specifiche accoglienza
- del rientro nella post-catastrofe.

## **FORMAZIONE**

A tale documento seguirà la pianificazione dell'attività formativa volta alla diffusione del presente documento. Inoltre verrà programmata una formazione di carattere generale volta a diffondere la cultura della medicina delle catastrofi, figure, ruolo e compiti in maxiemergenza ed eventi formativi specifici rivolta a figure quali medici operanti nelle Équipe Territoriali (MMG/PLS, Medici di CA, personale infermieristico e amministrativo), psicologici, etc.

**VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE**



## ACRONIMI

<b>A.R.P.A.M</b>	Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente	<b>S.I.A.P.Z</b>	Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
<b>A.S.U.R</b>	Azienda Sanitaria Unica Regionale	<b>SAS</b>	Sistema Allarme Sanitario
<b>C.A.</b>	Continuità Assistenziale	<b>SET 118</b>	Sistema Emergenza Territoriale 118
<b>C.C.S.</b>	Centro Coordinamento Soccorso	<b>S.I.A.N.</b>	Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
<b>C.O.R.</b>	Centro Operativo Regionale	<b>S.I.A.O.A</b>	Servizio Igiene Alimenti Origine Animale
<b>C.O.C.</b>	Centro Operativo Comunale	<b>S.I.A.P.Z</b>	Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
<b>C.O.I.</b>	Centro Operativo Intercomunale	<b>S.S.A</b>	Servizio Sanità Animale
<b>CC.OO. 118</b>	Centrali Operative 118	<b>S.O.A.</b>	Sottoprodotti Origine Animale
<b>CPPC</b>	Comitato Provinciale di Protezione Civile	<b>S.O.I</b>	Sala Operativa Integrata
<b>CROSS</b>	Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario	<b>S.D.A</b>	Struttura Decentrata Agricoltura
<b>D.M.O.</b>	Direttore Medica di Presidio Ospedaliero	<b>S.O.U.P.</b>	Sala Operativa Unificata permanente
<b>D.P.I.</b>	Dispositivi di Protezione Individuale	<b>S.P.S.</b>	Servizio Professioni Sanitarie
<b>D.S.M.</b>	Dipartimenti di salute mentale	<b>S.S.R.</b>	Servizio Sanitario Regionale
<b>D.S.S.</b>	Direttore Soccorsi Sanitari	<b>SVEI</b>	Scheda per il censimento della popolazione e la valutazione delle esigenze immediate delle persone con disabilità o con specifiche necessità
<b>D.S.R.</b>	Direttore Squadre Recupero	<b>UOSeS</b>	Unità Operativa Sociale e Sanitaria
<b>D.T.R.</b>	Direttore Trasporti	<b>UMSS</b>	Unità Mobili Soccorso Sanitario
<b>E.T.</b>	Equipe Territoriale	<b>U.V.I.</b>	Unità Valutativa Integrata
<b>I.Z.S. U.M</b>	Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche		
<b>G.O.R.E.S.</b>	Gruppo Operativo Regionale Emergenze Sanitarie		
<b>O.S.A.</b>	Operatore del Settore Alimentare		
<b>MMG</b>	Medici di Medicina Generale		
<b>MSA</b>	Mezzo di Soccorso Avanzato		
<b>MSI</b>	Mezzo di Soccorso Intermedio		
<b>MSB</b>	Mezzo di Soccorso di Base		
<b>N.A.S</b>	Nucleo Anti Sostituzione		
<b>P.E.I.M.A.F.</b>	Piano Emergenza Intraospedaliero Massiccio Afflusso Feriti		
<b>P.E.I.V.A.C.</b>	Piano Emergenza Intraospedaliero per l'Evacuazione		
<b>PLS</b>	Pediatri di Libera Scelta		
<b>PMA</b>	Posto Medico Avanzato		
<b>P.C.</b>	Protezione Civile		
<b>P.F. VeSA</b>	Posizione Funzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare		
<b>RTS 118</b>	Rete Territoriale del Soccorso 118		
<b>S.I.A.O.A</b>	Servizio Igiene Alimenti Origine Animale		



## Normativa di riferimento

- Legge 225 del 24 febbraio 1992 “Istituzione del Servizio Nazionale di Protezione Civile;
- Linee guida sistema di emergenza sanitaria n. 1/1996 in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992;
- Decreto Legislativo 112 del 31 marzo 1998 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capi I della legge 15 marzo 1997, n 59”;
- Presidente del Consiglio dei Ministri Dipartimento della protezione civile Servizio Emergenza Sanitaria “Pianificazione dell’emergenza intraospedaliera a fronte di una maxiemergenza” Settembre 1998;
- Legge 401 del 9 novembre 2001 “Coordinamento operativo per le attività di protezione civile”;
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri n.5114 del 30 settembre 2002 “Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile: ripartizione delle competenze amministrative in materia di protezione civile”;
- Comunicato relativo al decreto del Ministro dell’interno delegato per il coordinamento della protezione civile 13 febbraio 2001, concernente: Adozione dei criteri di massima per l’organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi (GU serie generale n.81 del 6/4/2001 – GU serie generale n.109 del 12/5/2001 suppl. ordinario n.116);
- Legge n.286 del 27 dicembre 2002 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 4 novembre 2002 n. 245, recante interventi urgenti a favore delle popolazioni colpite dalle calamità naturali nelle regioni Molise e Sicilia, nonché ulteriori disposizioni in materia di protezione civile;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 Febbraio 2004 “Indirizzi operativi per la gestione organizzativa e funzionale del sistema di allertamento nazionale, statale e regionale per il rischio idrogeologico ed idraulico ai fini di protezione civile”;
- Direttiva PCM 16 aprile 2006 (GU n. 87 del 13.04.2006 come comunicato sulla GU n. 101 del 3.05.2006) “Gestione del flusso delle informazioni con la Sala situazione Italia del Dipartimento della protezione civile – Presidenza del consiglio dei Ministri”;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006 /GU n.200 del 29/8/2006) “Criteri di massima sugli interventi psico sociali da attuare nelle catastrofi”;
- Accordo Integrativo Regionale AIR di cui alla DGRM 751/2007 “Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale in attuazione dell’accordo collettivo nazionale sancito con intesa Stato Regioni n.2272/2005 : presa d’atto ed approvazione”;
- Decreto del Presidente del Consiglio di Ministri 3 dicembre 2008 “Organizzazione e funzionamento di Sistema presso la Sala Situazione Italia del Dipartimento della protezione civile”;
- Accordo collettivo nazionale ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell’art.8 D Lg.vo 502/92-quadriennio normativo 2006-2009;
- Delibera di Giunta Regionale 24 ottobre 2011 n. 1388 “Sistema regionale di protezione civile” Approvazione degli “Indirizzi operativi per la gestione delle emergenze nella Regione Marche” in attuazione della Direttiva del Presidente del Consiglio di Ministri del 3 Dicembre 2008 concernente “Indirizzi operativi per la gestione delle emergenza”;
- Legge n.100 del 12 luglio 2012 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 15 maggio 2012, n.59, recante disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile”;
- Decreto Presidente Giunta Regionale del 27/03/2012 n. 60 - Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria (G.O.R.E.S.). Revoca DGPR 49/2004 – Nuove disposizioni. Adottato ai sensi dell’art. 7, 1° comma della L.R. 11.12.2001 - n. 32;

- DGRM 735/2013 “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera. Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012”;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 gennaio 2014 relativa al "Programma nazionale di soccorso per il rischio sismico" (G.U. 79 del 4 aprile 2014) Tipologia degli eventi ed ambiti di competenze;
- Legge Regionale 03 aprile 2015, n. 13, “Disposizioni per il riordino delle funzioni amministrative esercitate dalle Province”;
- DGRM 110/2015 “Piano regionale Socio Sanitario 2012-2014-Istituzione e modalità operative dell’Unità operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS)”;
- Delibera di Giunta Regionale 20 giugno 2016 n.635 “Approvazione, ai fini del raggiungimento dell’intesa con la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento di Protezione Civile) ai sensi della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 gennaio 2014, del “Programma nazionale di soccorso per il rischio sismico- Allegato 2 Elementi del Piano regionale di emergenza”;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24.06.2016 relativa all’individuazione della Centrale Remota per le operazioni soccorso sanitario (CROSS) per il coordinamento dei soccorsi sanitari urgenti, nonché dei Referenti Sanitari Regionali (RSR) in caso di emergenza nazionale;
- Delibera di Giunta Regione Marche 12.06.2018 n. 791 recante “Approvazione del nuovo schema di Protocollo di Intesa tra la Regione e le Prefetture delle Marche - Organizzazione delle attività di protezione civile a livello provinciale sia in tempi di quiete che per la gestione delle emergenze - Revoca della DGR n. 1530 del 18/12/2017”.
- D.Lgs. n. 1 del 2 gennaio 2018, “Codice della Protezione civile” (GU serie generale n.17 del 22/1/2018).