



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 08/02/2008

ADDI' 08/02/2008 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA
CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI'
COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
POMPII	Massimo	Vice	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELI	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COPPOLIELLI	Anna Salome	"	ROBANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISSIS

ASSENTI: ASTORRE - DE ANGELIS - TIBALDI - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 72

Oggetto:

Procedure applicative del servizio sanitario della Regione Lazio
in caso di eventi non convenzionali di natura nucleare,
biologica, chimica e radiologica - MBCR.



72 - 8 FEB. 2008 *lu*

OGGETTO: Procedure applicative del servizio sanitario della Regione Lazio in caso di eventi non convenzionali di natura nucleare, biologica, chimica e radiologica - NBCR.

LA GIUNTA REGIONALE

SU proposta dell'Assessore alla Sanità;


VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTO il decreto del Ministro degli Interni del 13 Febbraio 2001 concernente la "adozione dei Criteri di Massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi", nel quale viene individuato il Servizio 118 quale primo interlocutore della Autorità Territoriale di Governo per ciò che attiene la fase 2 o di allarme sanitario con un successivo coinvolgimento "a cascata" delle Aziende Ospedaliere, dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione, delle Aziende Sanitarie Locali e in caso di eventi di natura chimica i Centri Antiveleni;

 **VISTO** il Piano Sanitario di Difesa Nazionale in caso di minaccia Nucleare, Chimica, Biologica e Radiologica (N.B.C.R.), predisposto dal Ministero della Sanità e proposto alla Conferenza Stato Regioni nel luglio 2003, in particolare per quanto contenuto nella parte seconda - titolo II capitoli I - II - V e successive tabelle;

TENUTO CONTO che nel documento di cui sopra si richiede che, fermo restando la piena e specifica autonomia gestionale delle Regioni nel quadro del coordinamento delle attività di pertinenza dell'Autorità Provinciale di Governo, siano individuate a livello provinciale le strutture locali di prima risposta ad eventi di natura N.B.C.R. al fine di garantire l'attivazione dei mezzi di soccorso sul territorio e delle strutture di ricovero e cura;

VISTA l'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3275 del 28/03/2003 in merito a disposizioni urgenti di protezione civile atte a fronteggiare azioni di natura terroristica compresi eventi di natura N.B.C.R. (Nucleare, Biologica, Chimica, Radiologica);

CONSIDERATA la legge n. 626/94, relativa alla sicurezza e salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro ed, in particolare, gli articoli n. 21 e 22, che impongono l'obbligo di informare e formare gli operatori sugli idonei strumenti per la sicurezza;

CONSIDERATO il possibile rischio per il personale sanitario, stante la presenza sul territorio della regione di numerosi insediamenti industriali e la circolazione sulla rete viaria di trasporti di sostanze nocive;



72 - 8 FEB. 2008

ll

VISTA la nota del Dipartimento della Protezione Civile, prot. DPC/GEN/56634 del 10/12/04, contenente le indicazioni necessarie alla costituzione delle scorte di antidoti e all'identificazione dei siti di stoccaggio locali o provinciali idonei all'emergenza, che prevede: per la Regione Lazio un deposito regionale (Tipo B); e 19 depositi provinciali (Tipo A) con scorte per le ambulanze del 118 e per gli ospedali di riferimento attrezzati con unità di decontaminazione;

VISTA la D.G.R n. 727 del 4 Agosto 2005 con la quale la Giunta Regionale ha inserito nell'accordo del "Programma pluriennale di interventi previsti in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, finanziamento ex art. 20 L. 67/88..", la scheda n. 185, "Acquisto attrezzature idonee a fronteggiare emergenze di tipo NBCR (Nucleare- Biologico- Chimico Radiologico) destinate all'ARES 118" per un importo di € 1.736.000,00;

CONSIDERATA la nota della Direzione Generale ARES 118 n. 874 s/p del.07.2005 relativa allo stato della risposta sanitaria a situazioni di Maxi Emergenza, che prevede l'acquisizione di materiali per la protezione del personale operante presso le postazioni territoriali dell' ARES 118 di Roma, Rieti, Latina, Viterbo e Frosinone, nonché presso i DEA di II livello ed di I livello delle province di Rieti, Latina, Viterbo e Frosinone, e del centro storico di Roma;

TENUTO CONTO che l'Azienda ARES 118 ha individuato fra gli obiettivi contenuti nell'Atto Aziendale, pubblicato sul BURL del 20 ottobre 2006, il coordinamento e la gestione delle fasi di allarme sanitario sul territorio;

VISTA la Determinazione Dirigenziale del 20 febbraio 2006, n. D0675 recante "costituzione del gruppo di lavoro per la predisposizione delle procedure applicative conseguenti alle indicazioni governative di cui alla normativa vigente relativa al Piano NBCR, nell'ambito delle maxiemergenze";

VISTO l'elaborato prodotto dal Gruppo di lavoro, concernente "Procedure applicative del servizio sanitario della Regione Lazio in caso di eventi non convenzionali di natura nucleare, biologica, chimica e radiologica - NBCR";

RITENUTO che tale documento corrisponde alle finalità individuate dalla richiamate disposizioni normative;

CONSIDERATO che il presente provvedimento non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

per le motivazioni di cui in premessa, che si intendono integralmente accolte

all'unanimità



ll

72 - 8 FEB. 2008 *llg*

DELIBERA

- di approvare le "Procedure applicative del servizio sanitario della Regione Lazio in caso di eventi non convenzionali di natura nucleare, biologica, chimica e radiologica - NBCR", di cui all'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento;
- di dare mandato all'ARES 118 di attuare quanto previsto nel suddetto documento;
- di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Lazio di coordinare il proprio operato, per quanto di competenza, con l'ARES 118.

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO

IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI



C:\Documents and
Settings\cmarcelli\Doc

13 FEB. 2008



llg



Procedure applicative del Servizio Sanitario della Regione Lazio in caso di eventi non convenzionali di natura nucleare, biologica, chimica e radiologica – NBCR

INDICE

Premessa.....	4
Scopi ed obiettivi del Piano	4
Strategia	5
Campo di applicazione	5
Gruppo di lavoro	5
Riferimenti Normativi, Istituzionali e Bibliografici	6
Abbreviazioni, Definizioni e Terminologia	7
Il rischio N.B.C.R.....	9
La analisi del rischio nel territorio della Regione Lazio	10
Le attività dei diversi Enti ed Istituzioni deputate al soccorso della popolazione.....	10
La catena di risposta sanitaria a situazioni di allarme sul territorio	11
L'organizzazione delle fase di ricezione e riconoscimento della situazione di Allarme..	12
La gestione del soccorso extra ospedaliero	13
Preparazione alla risposta extra ospedaliera sul territorio	14
La gestione del soccorso ospedaliero	15
Preparazione alla risposta ospedaliera	15
La gestione dei pazienti contaminati.....	15
Piano Regionale Antidoti.....	18
Fase di risposta delle Azienda Sanitaria Locale.....	18
Procedure di gestione dei materiali.....	19
La rete Regionale di risposta.....	20



Premessa

La Regione Lazio, nel cui ambito territoriale insistono la Città di Roma, capitale dello Stato Italiano e lo Stato della Città del Vaticano, presenta numerosi insediamenti industriali e siti a rischio per possibili eventi dovuti ad agenti Nucleari, Biologici, Chimici e Radiologici definiti di natura non convenzionale o N.B.C.R.

Risulta quindi necessario, stante la peculiarità della problematica, definire un processo organizzativo atto a garantire la protezione sanitaria degli operatori e della collettività, stabilendo le risorse necessarie per assicurare il soccorso sanitario sia sul territorio che negli ospedali.

Scopi ed obiettivi del Piano

Obiettivo primario del presente documento è di "Definire delle misure di protezione sanitaria nel caso si verificano eventi di natura non convenzionale da agenti Nucleari Biologici, Chimici e Radiologici - (N.B.C.R.) nel territorio della Regione Lazio"

Obiettivo secondario è la definizione di una linea guida di comportamento per eventi NBCR, in particolare per ciò che attiene :



1. La protezione degli operatori sanitari addetti alle strutture sanitarie regionali ed in particolare a quelle di urgenza e pronto soccorso;
2. Il primo soccorso ai soggetti colpiti;
3. La protezione della collettività, con misure di isolamento dei soggetti colpiti e, ove necessari, di decontaminazione.

Strategia

Il documento prevede di definire delle attività di risposta attraverso:

- La definizione delle modalità di ricezione e riconoscimento delle situazioni a rischio NBCR con il supporto dei Centri Specialistici.
- Le modalità di comportamento e le misure di protezione del personale extra ospedaliero.
- Le modalità di comportamento e le misure di protezione del personale intra – ospedaliero.
- La individuazione di possibili Strutture Sanitarie di riferimento.
- La definizione di un percorso formativo degli operatori interessati i cui ambiti organizzativi vengono rimandati ad uno specifico documento.
- Una integrazione con la attività di supporto psicologico alla popolazione, i cui ambiti organizzativi vengono descritti in una specifica linea guida.

Campo di applicazione

Quanto contenuto nel presente documento viene a trovare applicazione da parte del personale sanitario ed in particolare, se addetto ai Servizi di Emergenza – Urgenza, in tutte le situazioni non convenzionali determinate da agenti Nucleari, Biologici, Chimici e Radiologici (N.B.C.R.) che possono determinare azioni nocive nei confronti degli operatori sanitari e della collettività nel territorio della Regione Lazio.

Gruppo di lavoro

La Regione Lazio, Assessorato alla Sanità, con Determinazione Dirigenziale n. D0675 del 20 febbraio 2006, ha individuato il seguente gruppo di esperti per la stesura del presente documento.

Dott Edoardo Turi	Direzione Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale -Assessorato alla Sanità - Regione Lazio
Dott. Giancarlo Mosiello	ARES 118 Lazio – Responsabile della U.O. Maxiemergenze
Dott. Salvatore Squarcione	Direttore Sanitario IRCSS Spallanzani Roma –
Prof. Alessandro Barelli	Direttore Servizio di Tossicologia Clinica, Policlinico Universitario "A. Gemelli", Roma
Prof. Giorgio Trenta	Presidente Associazione Italiana di Radioprotezione Medica
Dott. Francesco Cremonese	Direttore Dipartimento Emergenza Accettazione, Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini Roma
Dott.ssa Clara Vaccaro	Vice Prefetto – Autorità di Governo Roma
Dott. Pierpaolo Pigliaceli	Vice Prefetto – Autorità di Governo Roma
Dott.ssa Chiara Marcelli	Direzione Regionale TSSSR - Assessorato alla Sanità Regione Lazio

Riferimenti Normativi, Istituzionali e Bibliografici

a) Riferimenti Normativi

Normativa	Titolo	Data
Normativa di Legge	Legge n° 225 del 24 febbraio 1992, "Istituzione del della protezione civile"	24.02.1992
Decreto del Pres. della Repubblica	D.P.R. 27 marzo 1992, "Atto di indirizzo e di regioni per la determinazione dei livelli di assistenza di emergenza"	27.03.1992
	<i>Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip.</i> Protezione Pianificazione di emergenza esterna per impianti a rischio di incidente rilevante	Gennaio 1994
Decreto Legislativo	D.Lgs.19 settembre 1994, n° 626 "Attuazione delle 89/391/CEE, 891654/CEE, 891655/CEE; 89/656/CEE, 90/269/CEE, 901270/CEE, 901394/CEE, e 901679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute lavoratori sul luogo di lavoro.	19.09.1994
Linea Guida	Atto di Intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle Guida 1196 sul sistema di emergenza sanitaria in al DPR 2713192	1996
Linea Guida	<i>Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip.</i> Protezione Linee-guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali [pubblicate sulla G.U.II 10.07.1997]	Giugno 1997
Decreto Legislativo	D.Lgs. 31 marzo 1998, n° 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed enti attuazione del capo I della L.15 marzo 1997, n° 59".	31.03.1998
Linea Guida	<i>Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip.</i> Protezione Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza	Settembre 1998
Decreto Ministero dell'Interno	Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dip. Protezione Decreto del Ministro dell'interno Adozione dei «Criteri " di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi»." GU n°86 del 06.04.2001	13.02.2001
Allegato al D.M. 13.02.2001	12/05/2001 - Presidenza del Consiglio dei Ministri - della Protezione Civile: «Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi» [S.O. alla G.U. n°109 del 12.05.2001]	12.05.2001
Accordo Stato Regioni	Deliberazione 22 maggio 2003, Accordo tra Governo, [...] sui «Criteri di massima sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici di un posto medico avanzato di II livello utilizzabile in caso di catastrofe». [S.O. n°139 alla Gazzetta Ufficiale n° 196 del 25 Agosto	22.05.2003
Decreto del Pres. della Repubblica	D.P.R. 23 maggio 2003 - Approvazione del PSN 2003- (cfr punto 4.8. "Pianificazione e risposta sanitaria in caso Eventi terroristici ed emergenze di altra natura	23.05.2003
Linea Guida	Piano Sanitario di Difesa Nazionale in caso di minaccia Nucleare, Chimica, Biologica e Radiologica (N.B.C.R.) Ministero Sanità	Luglio 2003

b Riferimenti Documentali Bibliografici

Autore	Titolo	Data
Barelli A, Gargano F, Proietti R.	In-hospital management of victims of chemical weapons of mass destruction Ann Ist Super Sanita. 2005;41(1):93-101.	2005
Barelli A., et Al	The comprehensive medical preparedness to chemical emergencies: "the chain of chemical survival" European Journal of Emergency Medicine. 2006 (In press)	2006
Beatty G	<i>Developing a Hospital Emergency Preparedness</i> American Hospital Association - Chicago, 1987	1987
De Boer J.	<i>An attempt at more accurate estimation of the number ambulances needed at disaster in the Netherlands - 1996:11:125-128</i>	1996
De Boer J. et al.	<i>Handbook of Disaster Medicine - VSP I van der Wee - 2000 '</i>	2000
Guérisse P, et al.	<i>Mass Emergency Management 2000. European on Triage - Belgian Federal Ministry of Health - Bruxelles, 2000</i>	2000
Morra A. et al.	<i>Disaster Management - AIMC Regione Piemonte - Torino,</i>	2002
Sundnes KO, Birnbaum ML.	<i>Health Disaster management. Guidelines for Evaluation Research in the Utstein Style - Prehospital and Disaster Medicine; 2003; Vo1.17; Suppl.3</i>	2003

Abbreviazioni, Definizioni e Terminologia

Per la corretta lettura del presente piano si esplicitano le *abbreviazioni* usate, gli acronimi, i termini di *non* immediata comprensione utili per capire il *documento*

a Abbreviazioni

DPI	Dispositivi di protezione individuale
N.B.C.R	Nucleare Biologico Chimico Radiologico
UNIDEC	Unità di decontaminazione campale
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
PEMAF	Piano Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti
CAV	Centro Antiveleni

b) Definizioni e terminologia

Pre-triage	Procedura di identificazione di sospetti pazienti contaminati, a monte dell'ingresso dell'Ospedale e dell'area di decontaminazione
Triage primario	Nell'ambito di persone contaminate, identificazione e separazione delle persone deambulanti (in buone condizioni) e barellate ai fini della decontaminazione rispettivamente passiva o attiva.
Triage secondario	Triage "standard" di persone decontaminate.
Area di decontaminazione	Area dedicata alle operazioni di rimozione e bonifica di sostanze contaminanti (Chimiche o biologiche o radioattive) presenti sui pazienti in ingresso. DEVE essere posizionata a monte dell'ingresso in ospedale o, se in scena, in area tiepida attivata Richiede personale specificatamente addestrato.

Area di stabilizzazione	Zona situata all'ingresso dell'ospedale, a valle dell'area di decontaminazione (area fredda), in cui viene verificato il Triage e vengono effettuate le sole manovre salvavita necessarie per ottenere una sufficiente autonomia di sopravvivenza che consenta al paziente di <u>raggiungere</u> una delle successive aree di trattamento.
Area Calda	Area ad alto rischio di contaminazione ove opereranno esclusivamente i Vigili del Fuoco
Area Tiepida	Area di attività non sicura in quanto soggetta a contaminazione secondaria da parte dei soggetti colpiti, ivi trasportati o indirizzati dai Vigili del Fuoco
Area Fredda	Area di attività sicura e non a rischio ove normalmente operano le risorse sanitarie per l'assistenza e la cura dei pazienti in caso di eventi anche catastrofici
Corridoio di decontaminazione	Area posta tra l'area tiepida e l'area fredda ove si posiziona l'UNIDEC in area non contaminata
Unità di Decontaminazione Campale - UNIDEC	Struttura per la decontaminazione composta da: 1) Area di decontaminazione con docce di lavaggio atte all'utilizzo da parte di soggetti sia barellati che deambulanti; 2) Cisterne di raccolta per le acque di lavaggio contaminate; 3) Attrezzature per il riscaldamento delle acque e dell'ambiente La struttura può essere mobile su tenda oppure fissa, predisposta in apposite aree attrezzate
Squadre di decontaminazione	Squadra di personale formato e protetto con dispositivi di protezione individuale, addetta alle manovre di decontaminazione presso l'UNIDEC. Ogni squadra è composta da almeno 4 unità di cui almeno 1 medico. La squadra opera sui pazienti presunti contaminati in aree inizialmente definite non contaminate, effettua il triage primario, le eventuali manovre salva vita, ove necessario, e successivamente spoglia e decontamina i pazienti.
c) Classificazione dei Dispositivi di protezione Individuale	
<i>OSHA (National Institute for Occupational Safety and Health)</i>	<i>Classificazione EN 369 su test permeazione</i>
Tipo A e B	Tuta di protezione scalfandrata di tipo 1 o 2 - Autorespiratore - Autonomia media da 30 a 60 minuti a seconda del consumo di ossigeno. Si utilizzano in area calda, contaminata
Tipo C	Tuta di protezione di tipo 3 - Maschera antigas - Guanti e stivali in butile - Autonomia media più bassa in aree contaminate da 60 a 120 minuti- Si utilizza in area tiepida o in quelle situazioni ove è necessario assicurare una non permeabilità ai liquidi
Tipo D	Tuta di protezione di tipo 6 o in TNT - Doppio paio di guanti in lattice - Maschera di protezione facciale - Calzari in TNT - Non sono presenti problemi di autonomia - Si utilizzano in area fredda. In caso di manovre di decontaminazione si preferisce utilizzare il tipo C che assicura una impermeabilità ai liquidi.

15/05/2017

Si evidenzia come: i DPI di tipo C (3) sono quelli universalmente ritenuti idonei ed appropriati per il personale sanitario che effettua la decontaminazione sanitaria e per la protezione da agenti chimici pericolosi (Rischio di schizzi e spruzzi).

La protezione respiratoria è parziale per gas, vapori ed aerosol selezionati.

Il livello D è talvolta sufficiente in assenza di rischio spruzzi-schizzi e di rischio vapori e gas.

Definizione del rischio N.B.C.R.

Le situazioni N.B.C.R. sono così caratterizzate:

L'emergenza biologica

Si realizza a seguito di una diffusione nell'ambiente di una serie estremamente varia di agenti biologici ("B") quali virus, batteri, funghi, tossine, in grado di causare gravi malattie nell'uomo o negli animali e/o di rendere inutilizzabili materiali e risorse.

L'emergenza chimica

Si realizza a seguito di una diffusione nell'ambiente di composti chimici o miscele di composti ("C") in grado di provocare danno ambientale e pericolo per la salute di uomini o animali .

La gravità degli effetti dell'offesa dipende dalle caratteristiche dell'agente "C" chimico che può essere una sostanza difficilmente identificabile o presentare molte variabili negli effetti, in quanto prodotto intermedio di produzione industriale o miscela complessa a seguito di combustioni.

Gli effetti delle sostanze possono essere acuti, con danni gravi spesso immediatamente evidenti, o ritardati, non sempre evidenti e immediati a carico dei soggetti esposti.

L'emergenza radiologica e nucleare

Si realizza a seguito di una emissione di radioattività nell'ambiente tale da comportare dosi superiori ai valori stabiliti a norma di legge ed in grado di arrecare danni significativi sui processi biologici. (DLG 230/95 e successive modifiche).

I danni biologici spesso non sono immediatamente evidenti (lesioni acute da radiazioni) ma causano mutazioni geniche o effetti cancerogeni.

In Italia le sorgenti di radiazioni ionizzanti che, in seguito ad eventi anomali, possono determinare contaminazioni significative di ambienti di lavoro e/o matrici ambientali, sono costituite da:

- radioisotopi utilizzati a scopo medico,
- radioisotopi utilizzati in campo industriale,
- radioisotopi utilizzati nella ricerca scientifica,
- radioisotopi utilizzati per attività di monitoraggio ambientale,
- combustibile nucleare.

La analisi del rischio nel territorio della Regione Lazio

La Regione Lazio presenta un territorio con un'estensione di Km². 17.203.000 ed un numero di abitanti di circa 5.279.972 ufficialmente censiti al 2004.

E' inoltre presente un elevato flusso turistico valutato in circa 20.000.000 di presenze anno particolarmente evidente nella Città di Roma.

I cinque ambiti provinciali si presentano difforni per numero di abitanti e densità abitativa.

La Provincia di Roma copre una superficie di 5.562,73 km², è presente una popolazione pari 3.946.937 residenti, di cui circa 300.000 extracomunitari, ufficialmente registrati, con una densità media abitativa stimata in 709 ab/km².

Il territorio della Provincia di Frosinone copre una superficie di 3.239 km², per una popolazione pari 494.325 residenti ed una densità media abitativa stimata in 153 ab/km².

Il territorio della Provincia di Latina copre una superficie di 2.251 km², è presente una popolazione pari 513.450 residenti ed una densità media abitativa stimata in 228 ab/km².

Il territorio della Provincia di Viterbo copre una superficie di 3.612 km², con una popolazione pari 293.798 residenti, con una densità media abitativa stimata in 81 ab/km².

Il territorio della Provincia di Rieti copre una superficie di 2.749 km², con una popolazione pari 151.242 residenti, ed una densità media abitativa stimata in 55 ab/km².

L'analisi specifica del rischio evidenzia quanto segue.

Per il rischio chimico si segnala la presenza di insediamenti industriali con lavorazioni a rischio nelle aree provinciali di Frosinone (Anagni, Ferentino), di Roma (Via Tiburtina, Malagrotta, Colferro, Civitavecchia) e di Latina (Aprilia).

Per il rischio radiologico sono presenti le Centrali Nucleari dismesse di Montalto di Casto (VT) e Latina e del sito di stoccaggio delle scorie della Casaccia (RM).

Per il rischio biologico la presenza degli Aeroporti Internazionali di Fiumicino e Ciampino e del porto di Civitavecchia stante l'elevato numero di passeggeri in transito incrementa il rischio di trasmissione di malattie infettive provenienti da altri Continenti.

Il Lazio inoltre, per la sua posizione e stante la presenza di una estesa rete autostradale e ferroviaria (Autostrade A1, A12, A24, Linea Ferroviaria Milano Napoli) evidenzia un'elevata presenza di mezzi, ivi compresi i trasporti di sostanze pericolose.

E' inoltre presente un alto rischio sismico in particolare nelle Aree Est della provincia di Roma.

Per quanto sopra risulta evidente una diffusione del rischio di incidente N.B.C.R. estesa su quasi tutto il territorio della Regione e con necessità di definire una rete assistenziale in tutti gli ambiti provinciali.

Le attività dei diversi Enti ed Istituzioni deputate al soccorso della popolazione

Le attività di soccorso alla popolazione, in caso di eventi NBCR, sono di estrema complessità e necessitano dell'intervento congiunto di vari Enti ed Istituzioni Pubbliche, che operano coordinate dalla Autorità Provinciale di Governo (Prefettura).

Gli interventi a favore della popolazione sono schematicamente distinti nei seguenti ambiti per ognuno dei quali è identificato un responsabile delle attività :

Attività di soccorso tecnico urgente - responsabile: Comando Provinciale Vigili del Fuoco con il supporto di altri enti quali l' Agenzia Regionale per l'Ambiente (Arpa Lazio).

Attività di gestione dell'Ordine e Sicurezza Pubblica - responsabile: Questura della Polizia di Stato con il concorso dell'Arma dei Carabinieri, della Guardia di Finanza e delle altre Forze di Polizia presenti sul territorio (Polizia Municipale, Polizia Provinciale ecc).

Attività di assistenza alla popolazione – responsabile: Sindaco del Comune interessato che si avvale per tale attività della Protezione Civile.

Attività di Soccorso Sanitario gestita dal Servizio Sanitario Regionale che si integra con altri Enti o Istituzioni sanitarie presenti nel territorio regionale.

La catena di risposta sanitaria a situazioni di allarme sul territorio

La risposta ad eventi di natura non convenzionale prevede l' attivazione di procedure specifiche da attuarsi congiuntamente agli altri Enti del soccorso:

1. Ricezione e triage della richiesta (Centrale Operativa 118)
2. Consulenza e supporto da parte di *Centri Specialistici* (Centro Antiveleni – Centro Malattie Infettive – Vigili del Fuoco)
3. Attivazione delle risorse
4. Isolamento e definizione delle aree a rischio (Vigili del Fuoco)
5. Definizione della sostanza radiologica o chimica presente (Vigili del Fuoco)
6. Valutazione strumentale della presenza di contaminazione radiologica o chimica a carico dei soggetti colpiti (Vigili del Fuoco)
7. Valutazione della sintomatologia clinica (ARES 118 – Centri Specialistici)
8. Segregazione e, ove necessario, decontaminazione sanitaria dei soggetti e degli operatori coinvolti (Squadre dei Vigili del Fuoco e Personale Sanitario con opportune attrezzature)
9. Prima stabilizzazione dei pazienti che necessitano di cure e successivo trasporto in ambiente ospedaliero (Personale Sanitario - ARES 118)
10. Decontaminazione tecnica: trattamento e bonifica dei materiali contaminati (Vigili del Fuoco – ARPA - ASL)

Attività di soccorso in ambito ospedaliero

11. Ricezione dei pazienti da parte di personale protetto in aree opportunamente attrezzate
12. Isolamento dei pazienti
13. Decontaminazione dei pazienti contaminati, ove necessario
14. Valutazione strumentale della presenza di contaminazione radiologica o chimica a carico dei soggetti colpiti (Vigili del Fuoco)
15. Attivazione delle procedure assistenziali e diagnostiche terapeutiche

L'organizzazione delle fasi di ricezione e riconoscimento della situazione di Allarme

1. La Centrale Operativa Regionale dell'ARES 118 e le Centrali Operative Provinciali di Frosinone, Latina, Rieti, Roma e Viterbo costituiscono il primo anello di ricezione ed attivazione della catena di risposta sanitaria, in caso di eventi non convenzionali. Questo in quanto la richiesta di allarme potrebbe pervenire direttamente al numero 118 da parte del cittadino o dalle Sale Operative degli altri Enti del soccorso (112 - 113 -115 ecc) o essere rilevata dai mezzi di soccorso sulla scena.
2. Alcuni eventi, principalmente legati al rischio biologico, potrebbero essere inoltre direttamente rilevati dalle Strutture Sanitarie del Territorio (Ospedali – Ambulatori di Medicina Generale) che sono tenute ad informare l'ARES 118 per attivare la "Catena di Allarme".
3. L'ARES 118, al fine di verificare la presenza di uno stato di Allarme per eventi non convenzionali, provvederà sin dalle prime fasi ad attivare le procedure di sicurezza per gli operatori e la popolazione interessata, e richiederà il supporto dei seguenti Centri di riferimento specialistici o Enti Istituzionali:
 - Comando Provinciale Vigili del Fuoco, per l'attività di verifica e di rilevazione strumentale sul luogo dell'evento.
 - Centri Antiveleni Regionali (Policlinico "A. Gemelli" e Policlinico Umberto I) per la consulenza specialistica tossicologica.
 - Referente Regionale della scorta strategica nazionale per le emergenze chimiche: per la attivazione delle disponibilità di antidoti dai depositi provinciali, regionali ed eventualmente nazionali.
 - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Lazzaro Spallanzani" per la consulenza specialistica pin caso di Malattie Infettive.
 - Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco per la consulenza specialistica di radioprotezione.
4. L'ARES 118 in caso di conferma di uno stato di Allarme, provvederà ad attivare tramite la Centrale Operativa Regionale 118 (che ha funzioni di Unità di Crisi per il coordinamento degli interventi sanitari in caso di catastrofe) le strutture del Sistema di Emergenza interessate alle fasi di risposta :
 - Centrali Operative 118 della Regione;
 - Dipartimenti di Emergenza Ospedaliera;
 - ASL Territoriali di competenza;
 - Altri Enti (Prefetture, Vigili del Fuoco, Questure);
 - Le Istituzioni Regionali (Assessorato Regionale alla Sanità - Agenzia Sanità Pubblica);
 - Altre strutture sanitarie (Croce Rossa Italiana – Associazioni di Volontariato).

La gestione del soccorso extra ospedaliero

Il personale dei mezzi di soccorso dell'ARES 118 o altro Ente in convenzione con la stessa Azienda (Croce Rossa Italiana ecc) potrebbe trovarsi ad operare in situazione di possibile rischio NBCR.

Pertanto dovrà essere posto in condizione di attivare tutte le procedure di sicurezza atte a garantire l'incolumità degli operatori, dei pazienti e della collettività.

1. Il personale dei mezzi di soccorso che si trovi ad essere inviato a svolgere operazioni di soccorso per eventi di natura non convenzionale dovrà:
 - essere preventivamente informato dalla Centrale Operativa
 - indossare i Dispositivi di Protezione Individuale
 - attestarsi in area sicura
 - rapportarsi con il Responsabile dei Vigili del Fuoco, in caso di presenza di sostanze pericolose
 - riportare alla Centrale Operativa le osservazioni sul luogo, utili a definire la natura dell'evento, anche rapportandosi con i Centri di Consulenza Specialistica.
2. Il responsabile dei Vigili del Fuoco, cui è demandata la determinazione della presenza di sostanze pericolose, si rapporterà con il Responsabile Sanitario sul posto ed evidenzierà le aree di pericolo, interdette alla attività del personale sanitario, e le aree ove il personale potrà accedere solo con determinati livelli di protezione:
 - Area calda - Interdetta
 - Area tiepida – Accessibile solo con DPI specifici
 - Area fredda – Accessibile con i DPI ordinari
3. Il responsabile dei Vigili del Fuoco, evidenzierà altresì l'eventuale necessità di un approccio ai pazienti ed alla popolazione contaminati con dispositivi di protezione individuale ed, ove necessari, un intervento di decontaminazione;
4. Il personale sanitario accederà di prassi esclusivamente alle aree fredde o sicure;
5. Accederà altresì, ove necessario, all'area tiepida, il personale sanitario idoneamente protetto e addestrato;
6. Definite le attività in sicurezza, il personale procederà alle attività sui pazienti:
 - Triage
 - Valutazione della necessità di uno stato di isolamento e segregazione in caso di paziente contagiosi o contaminanti anche con l'ausilio strumentale dei Vigili del Fuoco
 - Eventuale decontaminazione sulla scena tramite UNIDEC in caso di eventi NCR e rivalutazione da parte dei VVF
 - Nel caso di paziente in **Codice rosso**, se necessario, le procedure terapeutiche avranno la precedenza sulle procedure di decontaminazione.
 - Stabilizzazione e primo trattamento sul posto.

- Attivazione di squadre di supporto psicologo
7. Il trasporto del paziente all'Ospedale avverrà con personale adeguatamente protetto.
 8. Il paziente sarà possibilmente inviato all' Ospedale più idoneo a fornire il livello di cure necessario
 9. In caso di Malattie Infettive ad alta contagiosità si procederà anche tramite mezzi , personale e attrezzature specialistiche dell'Istituto L. Spallanzani

Nota – Gli aspetti clinico gestionali vengono descritti nella fase ospedaliera del piano

Preparazione alla risposta extra ospedaliera sul territorio

Il personale dell'ARES 118 che opera sui mezzi di soccorso o comunque addetto ai servizi di coordinamento e supporto logistico e psicologico sulla scena, può venire a contatto con soggetti contaminati.

Pertanto è opportuno che tutto il personale sia informato e formato al riconoscimento delle situazioni a rischio, alle procedure di sicurezza, all'utilizzo dei dispositivi di protezione, alla attivazione ed utilizzo di una Unità di Decontaminazione Campale. Il personale sanitario medico ed infermieristico dovrebbe inoltre conoscere le modalità di utilizzo dei farmaci ad azione antidotica e di supporto per tali eventi .

L'ARES 118, in linea con gli indirizzi del Piano Nazionale, si attiverà al fine di garantire :

1. La formazione di tutto il personale interessato operante presso le Centrali Operative di Roma, Rieti, Latina, Viterbo, Frosinone e della Centrale Operativa Regionale al riconoscimento ed alla gestione degli eventi NBCR,
2. La formazione di tutto il personale interessato operante sul territorio al riconoscimento ed alla gestione degli eventi NBCR, all'utilizzo degli idonei Dispositivi di Protezione Individuale, alle procedure di decontaminazione dei pazienti (in linea con il Piano Formativo in allegato),
3. La presenza di almeno un deposito di antidoti di tipo A per ogni Centrale Provinciale, con la possibilità di mobilitare una quota di antidoti a supporto di altre Province o altre Regioni,
4. La presenza di almeno una Unità di Decontaminazione Campale con relativa squadra composta di quattro Unità di cui almeno un medico, attivabile in h24 nel territorio delle province di Rieti, Latina, Viterbo e Frosinone e di due Unità Campali di Decontaminazione e relative squadre attivabili in h24 nel territorio di Roma e Provincia.
5. La presenza di Dispositivi di Protezione Individuale per " Area Fredda" classe D su tutti i mezzi di soccorso,
6. La presenza nei depositi logistici provinciali di Dispositivi di Protezione Individuale di Classe C per area tiepida, prontamente disponibili.

La gestione del soccorso ospedaliero

I presidi sanitari sede di Pronto Soccorso o DEA potrebbero risultare secondariamente esposti ad eventi di natura NBCR, in quanto i soggetti coinvolti potrebbero spontaneamente recarsi presso tali strutture. Ciò è stato più volte dimostrato in situazioni realmente verificatesi.

Tuttavia, il rischio di contaminazione secondaria di personale sanitario, attrezzature sanitarie e ambienti è basso in caso di agenti chimici in forma di vapore o di gas, significativo in caso di aerosol, liquidi e solidi.

E' inoltre possibile registrare nel corso di tali eventi episodi di "panico" con numerosi soggetti che, anche se non esposti, richiedono comunque assistenza .

Preparazione alla risposta ospedaliera

Si basa su tre aspetti critici:

1. Pianificazione: PEMAFA comprendente la gestione di eventi non convenzionali (Vedi gestione intraospedaliera di pazienti contaminati)
2. Dotazione di materiale specialistico (DPI e UNIDEC).
3. Formazione del personale su gli aspetti specifici:
 - Protezione
 - Decontaminazione
 - Gestione e uso degli antidoti
 - Trattamento di base e supportivo

Tutti gli Ospedali dovranno attivarsi per essere preparati in tal senso compatibilmente con le risorse disponibili.

Inizialmente solo alcuni Ospedali scelti su criteri di rischio (vicinanza a obiettivi sensibili) o di competenza (DEA II Livello, presenza di Servizi di Tossicologia) verranno dotati di UNIDEC e di depositi di antidoti.

La gestione dei pazienti contaminati

I punti chiave della gestione di pazienti contaminati sono:

- Pre-triage: precoce riconoscimento dell'evento
- Protezione del personale
- Controllo del panico e dello stress
- Triage primario
- Decontaminazione
- Triage secondario
- Diagnosi
- Terapia medica
- Gestione materiale e attrezzature contaminate

Riconoscimento precoce dell'evento: pre-triage

Personale della sicurezza addestrato deve presidiare le entrate dell'Ospedale e del DEA, individuando soggetti con sospetta contaminazione prima che accedano al Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Ogni caso sospetto deve essere immediatamente notificato al personale del DEA e avviato nell'area di attesa pre- decontaminazione che deve essere individuata nelle immediate vicinanze del DEA- Pronto soccorso. (Così come previsto dal PEMA del Ospedale)

Il personale di sicurezza deve avere a disposizione i DPI nell'ipotesi di contatto con soggetti contaminati.

Protezione del personale

I DPI Tipo 3 sono sufficienti per gestire eventuali pazienti contaminati relativamente alle fasi di isolamento/segregazione e decontaminazione che devono precedere l'ingresso in Ospedale.

I DPI Tipo 3 forniscono protezione cutanea e oculare solo a liquidi e solidi (schizzi e spruzzi) e presuppongono quindi che la dispersione nell'ambiente dell'agente chimico sia terminata e che l'ospedale non sia il target dell'attacco.

Controllo del panico e dello stress

Il controllo delle persone in preda al panico ed allo stress necessita di una gestione ferma e autoritaria da parte del personale della sicurezza. I megafoni possono risultare particolarmente utili anche considerando che le maschere diminuiscono e alterano la voce. Cartelli direzionali e indicazioni chiare sono utili per il contenimento e per poter indirizzare le persone.

Triage primario

Tutti i contaminati o sospetti tali segnalati dal pre-triage vengono sottoposti, prima della decontaminazione, ad un primo rapido triage da parte di personale sanitario protetto.

Il triage primario ha lo scopo di individuare due classi di pazienti:

1. pazienti che necessitano o possono necessitare di assistenza medica durante la decontaminazione; saranno sottoposti a così detta decontaminazione passiva da parte di personale sanitario protetto.
2. pazienti in buone condizioni, deambulanti e che non necessitano di assistenza medica; potranno decontaminarsi in modo autonomo o con minima assistenza e controllo

Nel triage primario occorrerà prestare particolare attenzione a eventuali segni e/o sintomi che annunciano un deterioramento delle condizioni cliniche (tachipnea, tosse, lacrimazione etc)

Prima di iniziare la decontaminazione si procede ad una rapida identificazione e registrazione delle vittime (Nome, Cognome, data di nascita), si assegna un numero identificativo, si appone un braccialetto impermeabile (con numero identificativo), si assegnano due buste di plastica pesante (con numero identificativo) una trasparente più grande per i vestiti e una non trasparente più piccola per gli oggetti di valore.

La decontaminazione

La decontaminazione sarà effettuata utilizzando UNIDEC dedicate e in dotazione degli Ospedali.

La collocazione dell'UNIDEC sarà gestita all'interno del PEMA F Ospedaliero e in relazione alle esigenze logistiche locali. Comunque la UNIDEC dovrà essere collocata nelle immediate vicinanze del DEA in modo da consentire un facile passaggio dei pazienti decontaminati.

La sequenza della decontaminazione è la seguente:

- risciacquo abbondante con acqua tiepida
- lavaggio con sapone liquido ipoallergenico
- risciacquo con acqua tiepida
- risciacquo finale con acqua dopo aver superato tutte le docce in uso

Il personale addetto alla decontaminazione sanitaria è individuato all'interno del personale sanitario in servizio presso il DEA al momento.

Una squadra di decontaminazione minimale deve prevedere almeno 3 infermieri e 1 medico. Il PEMA F ospedaliero deve poter prevedere il rimpiazzo delle suddette unità. Poiché l'attività di decontaminazione non può oltrepassare i 30 minuti, in caso di massiccio afflusso (superiore a 10 unità) di pazienti contaminati si attiveranno altre istituzioni in grado di provvedere alla decontaminazione (ARES 118, Vigili del Fuoco)

Triage secondario

I pazienti decontaminati vengono gestiti in modo standard secondo gli usuali schemi di triage.

E' possibile che si debbano gestire molti pazienti senza sintomi o con segni minimi. E' bene quindi prevedere la disponibilità di spazi per osservare persone in buone condizioni e che non necessitano di alcuna terapia (sale d'aspetto, sale riunioni, bar, etc)

Diagnosi

La diagnosi corrisponde all'identificazione della sostanza utilizzata per l'aggressione che si basa su criteri clinici e strumentali. La diagnostica clinica cioè il riconoscimento della sindrome tipica è l'aspetto primario e irrinunciabile. Considerando tutte le possibili sostanze tossiche teoricamente utilizzabili per un attacco terroristico, tre sindromi tossiche tipiche devono essere tenute a mente e ricercate:

1 – la sindrome colinergica, tipica degli agenti nervini e degli insetticidi organofosforici caratterizzata dal quadro vagale-muscarinico con fascicolazioni e blocco muscolare da iperpolarizzazione

2 – la sindrome asfittica sistemica, tipica del cianuro e di altri asfissianti sistemici (Idrogeno solforato) caratterizzata da compromissione multiorgano in assenza di deficit respiratorio primario, con diminuzione della differenza AV di O₂ e aumento della lattacidemia.

3 – la sindrome irritativa mucosa e respiratoria, tipica degli gas irritanti e vescicanti caratterizzata da insufficienza respiratoria irritativa di vario grado e da lesioni caustiche mucose e cutanee.

Informazioni dettagliate sui protocolli operativi sanitari sono disponibili negli allegati tecnici.

Terapia medica

Il trattamento successivo dipenderà dalle condizioni cliniche dei pazienti e dalla natura del tossico; il tradizionale approccio all'intossicato acuto secondo lo schema A=Antidoto B=Base supportivo C=Cambia assorbimento(Decontaminazione) D=Depurazione sarà applicabile anche con gli aggressivi chimici.

Piano Regionale Antidoti

Il Piano Regionale Antidoti si inserisce in un'ottica di Piano Nazionale che prevede la eventuale mobilitazione di scorte verso province o regioni limitrofe.

Al fine di garantire la somministrazione di farmaci ad azione antidotica in caso di evento, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale Antidoti, si definisce il seguente Piano di stoccaggio Antidoti della Regione Lazio che prevede:

19 depositi provinciali, denominati di tipo A, dislocati in prossimità delle strutture di decontaminazione sia intra che extra ospedaliere. Presso ogni deposito dovrà essere individuato un responsabile che avrà l'obbligo mantenere aggiornato l'elenco dei farmaci, comunicandolo periodicamente al Responsabile del deposito regionale. Le scorte dovranno essere prontamente mobilitate in caso di necessità. I depositi provinciali sono provvisoriamente identificati indicativamente in: n. 5 depositi presso le Centrali Operative Provinciali del 118, n. 2 depositi presso i Centri Anti Veleni (Policlinico Umberto I e Policlinico Gemelli), n. 4 depositi presso i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione delle Province di Rieti, Latina, Viterbo e Frosinone, n. 8 depositi presso i Presidi Ospedalieri dell'A.O. S. Giovanni Addolorata, A.O. S. Filippo Neri, Ospedale S. Eugenio, Ospedale Pertini, Ospedale Grassi di Ostia, Ospedale S. Spirito in Sassia, Policlinico Tor Vergata ed Ospedale Civile di Civitavecchia.

1 deposito regionale, denominato di tipo B, che viene ad essere dislocato presso l'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini (sede di DEA di II livello). Il deposito regionale dovrà essere in grado di:

- mantenere i contatti, con il Ministero della Sanità, con Centri di stoccaggio nazionali ed effettuerà un costante monitoraggio dei depositi provinciali situati nella regione.
- Mobilitare le scorte regionali verso i depositi provinciali o anche di altre Regioni, in linea con il Piano Nazionale.

Fase di risposta delle Aziende Sanitarie Locali

La ASL territorialmente competente, su cui insiste un sito a rischio di un possibile evento NBCR, contribuisce già nelle fasi preventive, tramite i propri Dipartimenti di Igiene e Prevenzione, all'individuazione dei possibili rischi per la popolazione ivi residente attraverso una mappatura dei siti a rischio.

In caso di evento incidentale la ASL contribuisce con le proprie strutture e propri servizi alla attività di assistenza sanitaria alla popolazione, alla tutela degli animali, nonché di vigilanza ambientale in collaborazione con l'ARPA.

La ASL si rapporta per tale attività in prima istanza con l'ARES 118, struttura deputata al coordinamento della Fase sanitaria del soccorso e per altri aspetti prettamente tecnici con altre strutture quali l'ARPA.

In particolare la ASL identifica un Punto di Coordinamento in grado di ricevere l'Allarme dal 118 e di attivare al proprio interno i servizi e le strutture interessati.

Nelle ASL sedi di Presidi Ospedalieri tale attività potrà essere svolta dal Medico di Guardia del Pronto Soccorso che attiva immediatamente il Direttore Sanitario di Presidio che, a sua volta, attiva il Direttore Sanitario Aziendale;

Nell'eventualità di ASL che non abbiano Presidi Ospedalieri, si potrà ricorrere al personale reperibile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione.

In ogni ASL dovrà essere predisposto un Piano Sanitario che dovrà prevedere la attivazione delle Strutture e dei Servizi della ASL in grado di supportare la fase di risposta territoriale ed in particolare:

1. Le Strutture Ospedaliere e di ricovero interessate in linea con il Piano Interno di Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF)
2. I Servizi Sanitari dei Distretti
3. Il Servizio Veterinario per la tutela degli animali potenzialmente coinvolti nell'emergenza
4. Il Servizio di Igiene Ambientale e Prevenzione per collaborare con l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (ARPA), ad effettuare analisi, rilievi e misurazioni finalizzate all'identificazione delle sostanze coinvolte ed alla quantificazione del rischio sulle matrici ambientali (aria, acqua, suolo)
5. Il Servizio di Medicina Necroscopica

Procedure organizzative di preparazione della risposta e di gestione dei materiali

All'interno di ciascuna Azienda Ospedaliera o ASL si definiranno le procedure organizzative di risposta in linea con i contenuti del presente documento. Si individuerà per ciascuna struttura un referente di tali attività che si raccorderà con il referente dell'ARES 118. Il referente Aziendale provvederà, in accordo con la propria Direzione Aziendale, a definire la catena interna di risposta e le procedure di gestione e conservazione dei materiali dislocati in ogni struttura.

Il coordinamento regionale delle attività sarà a cura dell'ARES 118, cui dovranno essere comunicati copia dei piani e delle procedure di attivazione di ciascuna Azienda Sanitaria.

L'ARES 118 provvederà ad attivare lo stato di Allarme e, ove necessari, potrà anche disporre la mobilitazione di personale e materiali verso altre strutture sanitarie o ASL interessate, in un ambito di integrazione regionale della risposta.

La rete Regionale di risposta

Al fine di garantire una efficace risposta sanitaria a livello regionale, risulta necessario definire una integrazione tra le risorse presenti sul territorio (ARES 118 ed ASL), gli Ospedali ed i Centri Specialistici individuando tra le strutture presenti nel Lazio quelle che risulterebbero principalmente coinvolte in caso di evento NBCR .

Al fine di definire una catena di risposta risulta necessario identificare:

1. Le Centrali Operative di Allarme
2. I Centri di riferimento specialistici
3. Le Risorse sanitarie extra ospedaliere per un intervento di primo soccorso sul territorio
4. Gli Ospedali di riferimento territoriale ove indirizzare i pazienti coinvolti :
 - DEA di I livello di riferimento provinciale
 - Dea di I livello di particolari aree a rischio o/e con un alto bacino di afflusso
 - DEA di II livello o alta specializzazione
5. Il Deposito Regionale Antidoti
6. Le Risorse straordinarie per il trasporto di pazienti ad alta contagiosità
7. Le risorse straordinarie per il trasporto di materiali e farmaci

Le Centrali Operative di Allarme

Le Centrali Operative di Allarme Sanitario sono gestite dalla Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES 118 e sono al momento costituite da

- La Centrale Operativa Regionale (sede dell'Unità di Crisi in caso di Maxiemergenza)
- La Centrale Operativa Provinciale di Roma Capitale
- La Centrale Operativa Provinciale di Roma Provincia
- La Centrale Operativa Provinciale di Rieti
- La Centrale Operativa Provinciale di Latina
- La Centrale Operativa Provinciale di Viterbo
- La Centrale Operativa Provinciale di Frosinone

I Centri di riferimento specialistici

- IRCSS L. Spallanzani - Roma per le Malattie Infettive
- CAV Policlinico "A Gemelli" Roma per eventi di natura tossicologica
- CAV Policlinico Umberto I Roma per eventi di natura tossicologica
- Il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco per eventi di natura Radiologica o Nucleare

Sono inoltre presenti i seguenti Centri di Malattie Infettive

- Policlinico Umberto I
- Policlinico Agostino Gemelli
- Ospedale di Viterbo
- Ospedale di Frosinone
- Ospedale S. Maria Goretti di Latina

Le strutture sanitarie di soccorso extra ospedaliero

L'Azienda ARES 118 costituisce il riferimento regionale per la gestione del soccorso extra ospedaliero cui è deputato il compito di costituire squadre sanitarie dotate di UNIDEC e di scorte provinciale di antidoti:

- 118 Roma 1
- 118 Roma 2
- 118 Viterbo
- 118 Latina
- 118 Frosinone
- 118 Rieti

La Rete Ospedaliera

Si indicano le seguenti strutture ospedaliere che per sede geografica e/o capacità assistenziali dovrebbero predisporre personale addestrato, attrezzature per la decontaminazione - UNIDEC e deposito Antidoti tipo A. da attivarsi in caso di necessità. Per motivi organizzativi tale definizione potrà avvenire in due fasi successive.

Nella prima fase si dovrà prevedere la attivazione dei presidi nelle province di Viterbo Latina Rieti e Frosinone, nei CAV nel Centro Regionale Antidoti, e di almeno altri 5 nosocomi dell'area di Roma. Per i depositi provinciali essendo previsti 19 siti di stoccaggio si provvederà ad accorpate aree limitrofe

AREA	Azienda – Ospedale	Razionale
Area della Città di Roma Sede di CAV	Azienda Policlinico Umberto I	Sede di CAV
Area della Città di Roma Sede di CAV	Azienda Policlinico Gemelli	Sede di CAV
Area della Città di Roma	Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini	DEA II livello
Area della Città di Roma Area Nord	Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri	DEA II livello Sede del Deposito Regionale
Area della Città di Roma Area Nord	Ospedale S. Andrea	Area Roma Nord
Area della Città di Roma	Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata	DEA II livello Area Centro Storico
Area della Città di Roma	Ospedale S. Eugenio	Area Roma Sud
Area della Città di Roma	Ospedale S. Spirito Roma	Area Centro Storico – Città

		del Vaticano
Area litorale Roma Nord	Ospedale San Paolo – Civitavecchia	Insedimenti industriali e porto di Civitavecchia
Area della Città di Roma	Ospedale S Pertini	Area Roma Est
Area della Città di Roma	Policlino Tor Vergata	Area Roma Est
Area ASL Roma H	Da definire	
Area litorale Roma – Fiumicino	Ospedali GB Grassi- Ostia	Aeroporto e Porto di Fiumicino
Area Industriale Colferro	Ospedale di Colferro	Insedimenti industriali
Area Provincia di Latina	Ospedale S.M. Goretti - Latina	Ospedale di riferimento provinciale
Area Provincia di Viterbo	Ospedale Belcolle - Viterbo	Ospedale di riferimento provinciale
Area Provincia di Rieti	Ospedale S. Camillo - Rieti	Ospedale di riferimento provinciale
Area Provincia di Frosinone	Ospedale Umberto I - Frosinone	Ospedale di riferimento provinciale

Il Centro Regionale Antidoti viene definito presso

La rete di trasporto straordinaria

Trasporto di materiali

Si premette che ogni struttura, ed in particolare il deposito regionale, deve definire una propria organizzazione per il trasporto di materiali ed attrezzature atti a garantire i compiti assegnati. Tuttavia per eventuali trasporti a lunga distanza ci si potrà avvalere del Servizio di Elitransporto dell'ARES 118 con basi a Roma Ciampino – Viterbo – Latina .

Trasporto pazienti ad alta contagiosità Il trasporto di pazienti contagiosi o contaminati è affidato di prassi ai mezzi dell'ARES 118. Tuttavia nel caso di pazienti ad alta contagiosità per cui occorra l'utilizzo di "barelle da isolamento" si potrà avvalere dei mezzi dell' IRCS Spallanzani già predisposti nell'ambito di un Piano Nazionale per isolamento di pazienti infettivi.

