

Medicina Generale in prima linea nella gestione del dopo emergenza

Di recente istituzione, i Posti di Assistenza Socio-Sanitaria (PASS) sono delle strutture sanitarie campali preposte all'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria alla popolazione colpita da catastrofe

Domenico Barbati

*Medico di Medicina Generale
Presidente Nazionale AMFE*

Rosario Falanga

*Medico di Medicina Generale
Coordinatore Regionale AMFE, FVG*

Fermo restante il ruolo importante, essenziale e insostituibile che gli organi istituzionali di soccorso sanitario e la C.O. 118 hanno nell'ambito della P.C. nelle immediate ore successive alle catastrofi, è emerso dall'esperienza maturata dai Mmg nel terremoto dell'Aquila nel 2009, nell'Emilia nel 2012 e in altre situazioni emergenziali, d'accordo con i dati della letteratura, che il grosso delle prestazioni richieste già all'indomani della catastrofe, riguarda competenze proprie della Medicina Generale o eventualmente di specialità non strettamente legate all'urgenza.

Questo ci porta a concludere che esiste un ruolo tuttora scoperto ma ugualmente essenziale, di pertinenza della Medicina Generale nell'ambito delle cure primarie, che si estrinseca non tanto nell'immediatezza della catastrofe, ma lungo il corso dei giorni e delle settimane successive, quando è necessaria la presa in carico dei pazienti "fragili", in un territorio privo delle strutture distrettuali e della logistica degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, resi inagibili dagli eventi calamitosi.

Le strutture sanitarie campali preposte all'intervento d'urgenza, ovvero i PMA (Posti Medici Avanzati), specializzati nel trattamento dei pazienti in condizioni critiche, non possono sopperire anche alle richieste di assistenza sanitaria di base e sociosanitaria di cui ne-

cessita la popolazione rimasta illesa e che iniziano ad esprimersi già a breve distanza dall'insorgere dell'evento calamitoso e si protraggono sino al ripristino dei servizi sanitari prestati in fase ordinaria.

Pertanto è necessario un piano di intervento organizzato e strutturato della Medicina Generale, accreditato e integrato nella realtà dei soccorsi locali, nell'ambito della P.C., che preveda logistica, tempi e modalità di intervento in casi di catastrofi, per assicurare la continuità assistenziale nel territorio disastato.

Finalmente è stata pubblicata sulla G.U. n° 145 del 22.6.2013 la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante: "Disposizioni per la realizzazione di strutture sanitarie campali, denominate PASS, Posto di Assistenza Socio Sanitaria, preposte all'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria alla popolazione colpita da catastrofe". Questa direttiva di fatto recepisce le istanze della Medicina Generale e del Dipartimento di P.C. e colma questo gap nella *governance* delle catastrofi. Adesso spetta a tutti gli attori coinvolti mettere in atto le disposizioni che questo strumento legislativo ci da.

► **Posto di Assistenza Socio Sanitaria (PASS)**

Al PASS è affidato il perseguimento delle seguenti finalità:

- dotare il Servizio Sanitario di una Regione/PA colpita da catastrofe, di una struttura ove, in caso di inaccessibilità o insufficienza delle strutture preposte per via ordinaria, il personale sanitario possa espletare l'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria;
- integrare, su richiesta del Servizio Sanitario di una Regione/PA colpita da catastrofe, i servizi sanitari territoriali, con personale sanitario qualificato per l'assistenza sanitaria di base e l'assistenza sociosanitaria.

Le modalità ed i tempi di impiego dei PASS sono definiti dal Servizio Sanitario Regionale competente per territorio, nell'ambito della struttura di coordinamento di protezione civile, d'intesa con il Dipartimento della Protezione Civile e la Regione/PA, Ente o Associazione titolare del PASS.

Il PASS è una struttura campale che funge da poliambulatorio di base, allestito all'interno di un campo di accoglienza con tempi di attivazione adeguati, ma non tempestivi come il PMA. I PASS devono giungere sul luogo della catastrofe già equipaggiati con personale sanitario delle cure primarie (Mmg, PLS, infermieri, assistenti sociali, psicologi etc). Il personale sanitario del PASS, non appena la situazione lo consente, è integrato o sostituito da quello del Servizio Sanitario Regionale, competente per territorio.

I PASS sono strutture modulari, possono essere costituite da tende, ma anche da *shelters*, o combinazioni delle due tipologie, purchè ambienti, percorsi e servizi igienici siano adatti all'uso per disabili, anziani e bambini, organizzate per operare in autonomia logistica per almeno 72 ore e devo-

no essere predisposte per la repentina alimentazione da parte dei servizi essenziali locali non appena ripristinati.

Si tratta di strutture ben identificate con opportuna segnaletica, ben accessibili da un punto di vista di viabilità per gli automezzi di soccorso, illuminate e climatizzate, dotate di un lavello con acqua corrente potabile. All'interno dovrebbero avere un apparecchio per le comunicazioni radio e computer collegati alla rete internet con stampante, un frigo per la conservazione dei farmaci.

La versione base deve avere un'area di gestione e coordinamento, un'area di accoglienza/registrazione pazienti, nonché ambulatori per l'attività di Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Infermieristica, Psicologia e Assistenza Sociale, arredati e equipaggiati almeno con le dotazioni minime di uno studio di un medico di famiglia, con un locale adibito a osservazione breve dei pazienti, e un locale adibito a dormitorio per il personale sanitario. La configurazione del PASS può essere implementata mediante l'attivazione di un Presidio Farmaceutico.

Naturalmente per un buon funzionamento questa struttura deve prevedere in anticipo un organigramma, una scala gerarchica, che fin dopo l'allertamento, una volta data la disponibilità, deve assumersi la responsabilità di portare avanti l'assistenza come prefigurata.

Il coordinamento del PASS è affidato ad un Medico con funzioni di Direttore Sanitario responsabile delle attività sanitarie, che si avvale di un Responsabile logistico, addetto alla installazione della

struttura e alle relative necessità tecniche, in carico al titolare del PASS.

Il Direttore Sanitario del PASS riferisce al responsabile della Funzione sanità del livello competente in merito alle attività svolte nonché riporta richieste, osservazioni e/o criticità riscontrate durante l'operatività.

Il PASS tramite il suo Direttore Sanitario deve relazionarsi e integrarsi con i referenti delle altre strutture sanitarie presenti nel teatro della catastrofe (PMA, ospedali da campo, organi istituzionali di soccorso, etc.), parteciperà ai *briefing* quotidiani disposti dal capo campo, relazionandosi in particolare con i referenti addetti alla gestione della ristorazione e alla pulizia degli spazi comuni (servizi igienici, mensa etc.), per concordare strategie di azione o attività di opportuna prevenzione. Dovrà istituire una apposita turnazione del personale sanitario per assicurare la funzionalità del presidio e nel caso predisporre adeguati rapporti con Continuità Assistenziale per garantire assistenza H24.

Naturalmente, per poter essere allestite e mantenute attive queste strutture necessitano di personale logistico ad hoc, reperito tra le forze istituzionali e/o del volontariato, debitamente formato per montare tende, allacciamenti idrici, elettrici e fognari, collegamenti radiotelefonici e internet.

► Associazione Nazionale Medici di Famiglia per le Emergenze (AMFE)

In quest'ottica nell'ottobre del 2011 si è costituita l'Associazione Nazionale Medici di Famiglia Volontari per le Emergenze (www.

amfeonlus.it), quale struttura atta a garantire il supporto professionale dei Medici di Famiglia in caso di catastrofi, avvalendosi, essendo privi di supporto logistico, di apposite convenzioni e/o protocolli d'intesa con varie associazioni di volontariato, attive nell'ambito della Protezione Civile (ANA, CRI, UNITALSI, ANPAS etc.).

L'associazione presente in tutte le Regioni con propri rappresentanti opera in stretto contatto con il Dipartimento della Protezione Civile, in particolare con l'Ufficio Rischio Sanitario diretto dal Dr. Federico Federighi, e ha lo scopo di formare i Medici di Famiglia anche al fine di ricoprire incarichi in ambito delle varie linee di comando secondo gli ordinamenti della Protezione Civile.

Già in varie calamità l'AMFE, con il supporto logistico delle Squadre Sanitarie di Protezione Civile dell'Associazione Nazionale Alpini, ha dato il suo contributo, per ultimo nel terremoto dell'Emilia

del 2012, alcuni Mmg dell'AMFE hanno collaborato a gestire i presidi sanitari nei campi di accoglienza a Finale Emilia (MO) e Cento (FE).

► Conclusioni

In occasione del terremoto in Abruzzo e in Emilia, la Medicina Generale, ha dovuto inventarsi una nuova organizzazione sanitaria per assicurare la continuità assistenziale senza un modello di riferimento, i Mmg si sono integrati per quanto possibile all'interno del sistema Protezione Civile, pur rimanendone al di fuori, non essendo organicamente inseriti in modo organizzato nella struttura Dipartimentale.

Oggi, il singolo Mmg figura capillare del Ssn, buon conoscitore dei luoghi e delle necessità sanitarie della popolazione assistita, se motivato, membro di un'associazione iscritta nell'albo delle associazioni di volontariato riconosciu-

te dal Dipartimento di Protezione Civile, per godere di tutti i benefici di legge, previa adeguata formazione, può legittimamente operare all'interno dei Posti di Assistenza Socio Sanitari (PASS). La nuova concezione del *disaster management* comprende non solo il soccorso e la gestione dell'emergenza, ma anche la formazione della comunità locale, affinché possieda strumenti e metodologie per la propria protezione, di fondamentale importanza quindi risulta l'organizzazione di periodiche esercitazioni di protezione civile con la popolazione e i soccorritori, necessarie per codificare un comune *modus operandi* affinché tra i soccorritori si parli una "lingua comune" quando sono chiamati ad operare congiuntamente. È dunque necessario che nelle emergenze sia tempo di passare da una medicina eroica ad una medicina che non ha bisogno di eroi, ma di specifiche professionalità ben integrate tra loro.

Bibliografia

- Barbati D. Associazione onlus medici di famiglia per le emergenze: rinnovato impegno a fianco della Protezione Civile. Intervento al 66° Congresso Nazionale FIMMG, Villasimius (CA), 03/08 ottobre 2011
- Donker GA, et al. Infrequent attendance in general practice after a major disaster: a problem? A longitudinal study using medical records and self-reported distress and functioning. *Family Practice*. 2008 Apr; 25(2):92-7.
- Falanga R. Il ruolo del volontariato nel soccorso sanitario. Intervento al Convegno organizzato dall'ASS6 "Friuli Occidentale", Piancavallo di Aviano (PN), 23/24 gennaio 2009
- Falanga R., Disclafani G., Salladini G., Zinni L. Il Medico di Medicina Generale nelle catastrofi. Poster, 1° Congresso Nazionale Federazione Italiana Medici di Emergenza-Urgenza e Catastrofi (FIMEUC), Roma, 16/17 Dicembre, 2011.
- Gioia F. Il ruolo del MMG in caso di catastrofi: l'esperienza de L'Aquila dopo il 6 Aprile 2009, Tesi di Specializzazione in Medicina Generale, Novembre 2009
- Guerroni A. Efficacia del pronto intervento in caso di disastro aereo in un centro abitato del territorio di Malpensa 2000. Quale ruolo dei Medici di Medicina Generale? *Rivista SIMG* 2005; (2): 15-17
- M. Landriscina et al. Utilizzo del PMA di 1° livello nella grande catastrofe. *N & A Mensile Italiano del Soccorso*. 2009; vol. 203: 2-4
- Madamala K. et al. Characteristics of physician relocation following Hurricane Katrina. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2007; 1:21-6
- Salladini G. Bisogni di salute della popolazione aquilana sfollata sulla costa abruzzese: esperienze di 2 nuclei di cure primarie. Intervento al 26° Congresso Nazionale SIMG, Firenze, 26/28 novembre 2009
- Van den Berg B, et al. Risk factors for unexplained symptoms after a disaster: a five-year longitudinal study in general practice. *Psychosomatics*. 2009 Jan-Feb; 50(1):69-77.
- Zinni L. Governo clinico nelle catastrofi SIMG Abruzzo: proposta per una discussione. *Rivista SIMG* 2010;(2):3-8