

Capitolo 2

Dalla Croce Rossa al 118: percorso verso la salute del cittadino.

In Italia la gestione delle risorse sanitarie è affidata alle regioni, che operano sulla base di leggi emesse dagli organi centrali. La norma più importante riguardante l' emergenza sanitaria territoriale è il DPR 27 marzo 1992 che determina la nascita delle Centrali Operative, definisce i ruoli e le figure professionali impegnate nel settore, individua un numero telefonico gratuito e unico in tutto Italia, il 118.

Prima dell'entrata in vigore di questa legge il percorso della chiamata non era predeterminato in quanto mancava un organismo unico per la gestione dei mezzi dell' emergenza, con conseguente carenza di coordinamento, ritardi nei soccorsi, mancanza di professionisti e di protocolli, i soccorsi erano affidati unicamente a volontari, spesso con pochissima preparazione di base.

Il 118 è il numero unico per l'emergenza sanitaria adottato in misura crescente su tutto il territorio nazionale a partire dal 1992. Questo numero è indice dell'evoluzione di un sistema che, fino a pochi anni fa, non solo non esisteva ma era anche lontano dalla cultura tradizionale del Servizio

Sanitario Nazionale rivolta unicamente alle emergenze che si sviluppavano all'interno degli ospedali stessi.

L'urgenza sul territorio era classicamente un patrimonio e un campo di interesse specifico di diverse associazioni o enti in larga parte appartenenti alla sfera del volontariato (dalla Croce Rossa Italiana, alle Misericordie, alle tante Croci locali, ecc.) che, nel corso degli anni, hanno sostituito l'istituzione pubblica che sotto questo aspetto è stata per lungo tempo latitante.

Proprio perché le associazioni di volontariato sono state per lungo tempo indispensabili per garantire il servizio di emergenza sanitaria sul territorio (in tempi di pace e non solo) mi è sembrato doveroso dedicare una parte della mia tesi alla storia che descrive la nascita di una di queste associazioni, la Croce Rossa.

La scelta è caduta su questa associazione perché è senza dubbio la più significativa a livello internazionale.

2.1 La nascita della Croce Rossa internazionale

Quando si parla di attività di pronto intervento sanitario non si può non pensare alle associazioni che operano in questo campo e che permettono di salvare un numero rilevante di vite, usufruendo soprattutto dei fondi lasciati da privati e del servizio di molti volontari. Molto spesso però quando si pensa al pronto soccorso non si può fare a meno di richiamare alla mente un'associazione in particolare, e cioè la Croce Rossa e la sua contropartita che opera nei paesi arabi e cioè la Mezzaluna Rossa. Questo collegamento avviene probabilmente perché la Croce Rossa è l'unica associazione, assieme alla Mezzaluna Rossa, di primo intervento che è riconosciuta a livello internazionale. Credo sia quindi doveroso dedicare una parte della mia tesi ad illustrare come nacque l'idea di creare un organismo internazionale di questo tipo e soprattutto come la benevolenza e la bontà di un uomo resero possibili i primi, difficili passi ad un'associazione che oggi è

presente in tutto il mondo ed è fondamentale in ogni situazione di emergenza.

2.1.1 La Battaglia di Solferino e l'idea della neutralizzazione dei feriti

Il 25 giugno 1859 il generale Enrico Morozzo Della Rocca¹ diffuse il suo centesimo bollettino di guerra il quale fu pubblicato alle 10 del mattino dal Ministero dell'Interno ed il quale annunciava:

“Ieri, 24, ebbe luogo una grande battaglia a Solferino, nella quale si trovò impegnato tutto l'esercito degli alleati. Il combattimento fu lungo ed accanito. Durò dalle ore 6 del mattino sino alle 9 di sera. Gli austriaci, sebbene superiori in forze, furono respinti su tutta la linea.”(Strenna Utet (1979) *Henri Dunant e le origini della Croce Rossa*)

Quello che era stato diramato era un cauto bollettino di vittoria che faceva intendere che le perdite non erano state lievi.

Quella che si svolse fu una strana guerra, Camillo Cavour respinse il 26 aprile l'ultimatum austriaco assumendo il ruolo dell'assalito e assicurandosi così l'intervento dell'alleato francese. L'Austria era quindi caduta in trappola, ma la trappola Cavour era fragile perché l'alleato era lontano e gli austriaci potevano contare su ben 132.000 e 536 cannoni attestati sul Ticino mentre l'esercito regio poteva opporre non più di 50.000 uomini e circa 90 cannoni.

Le armate sarde erano guidate da circa 330 ufficiali che però erano poco preparati, chiaramente contro questo minuscolo esercito carente nel coordinamento e nella strategia, l'impero asburgico avrebbe potuto vincere con estrema facilità se solo non fosse pesato su di esso lo scotto di

¹ Capo di stato maggiore dell'esercito sardo

accozzare sotto il vessillo dell'impero uomini che giungevano da terre lontane per scopi ignoti e che erano disciplinati in modo duro. Inoltre, nonostante la preparazione degli ufficiali, le cariche di più alto comando erano affidate dalla Corte e questo limitava molto il potenziale offensivo dell'esercito.

Furono le tattiche temporeggiatrici dell'esercito asburgico a permettere all'esercito regio di aspettare i rinforzi fino al 18 maggio. Infatti nonostante gli austriaci fossero riusciti ad occupare senza incontrare resistenza le città di Novara, Vercelli, Vigevano, Castelnuevo Scrivia e Tortona non portarono mai l'attacco risolutivo.

Il 18 maggio ci fu il primo violento scontro tra un grosso corpo d'esplorazione austriaco ed una divisione francese appoggiata dai cavalleggeri di Aosta, di Novara e Monferrato. Quest'ultima ebbe la meglio e costrinse gli austriaci a ripiegare su Piacenza.

Dopo faticose marce l'esercito degli alleati si attestò sul Sesia il 29 maggio. Ci furono ancora violenti scontri ma gli austriaci furono cacciati sul territorio lombardo. Il 4 giugno ci fu il confuso combattimento di Magenta il quale venne deciso solo al tramonto grazie al generale Mac Mahon che ruppe le consegne ed azzardò una mossa che si rivelò decisiva per le sorti della battaglia.

L'8 giugno l'imperatore Napoleone III e Vittorio Emanuele II entrarono a Milano in festa per la liberazione dal domino austriaco.

Gli austriaci decisero in seguito alle sconfitte ed a causa della sempre maggiore ostilità delle popolazioni di ritirarsi definitivamente sulle sponde del Mincio in territorio veneto.

Gli alleati mossero verso il Mincio solo nelle ore antelucane il 24 giugno mandando avanti l'armata sarda, che procedeva su un terreno accidentato e sotto la minaccia del nemico attestato a Peschiera, ed i francesi che invece procedettero su un terreno pianeggiante ed in aperta campagna.

Nelle ultime ore la situazione mutò rapidamente, infatti gli austriaci decisero di attaccare le colonne che stavano avanzando e varcato il Mincio,

si attestarono sulle alture di S. Martino e di Solferino, ed alle prime luci dell'alba si accese la battaglia.

Giunse però dal quartier generale giunse l'ordine di conquistare San Martino ad ogni costo, così dopo l'uragano scoppiato verso le 5 del pomeriggio tutti i reparti dell'esercito degli alleati si riversarono nell'assalto alla baionetta. Fu una lotta cruenta che si risolse solo alle 21 quando l'esercito asburgico suonò la ritirata

In complesso più di 300.000 uomini, 25.000 cavalli, oltre mille cannoni avevano messo a ferro e fuoco i terreni della battaglia dando luogo ad un'orrenda carneficina. La sola terza divisione sarda vide cadere 13 ufficiali e 171 soldati, ebbe 1080 feriti e 377 dispersi; la quinta divisione contò perdite ben superiori. Va inoltre aggiunto che questi dati risultano da conteggi fatti 24 ore dopo la battaglia e verosimilmente i dispersi erano caduti non ancora riconosciuti. Inoltre date le pessime condizioni dell'assistenza sanitaria, si può supporre che buona parte dei feriti fosse destinata a soccombere successivamente negli ospedali e nella case private.

Nella notte del 24 nessuno provvide a soccorrere i feriti, molti dei quali morirono in abbandono e tra atroci sofferenze. All'alba lo spettacolo offerto fu terribile e nulla può rendere l'idea meglio delle testimonianze di due superstiti. Il futuro generale J. Bourelly rivelò che il sorgere del sole illuminò:

“Una pianura deserta, inanimata, senza echi. Fucili, armi spezzate, brandelli di equipaggiamento, cadaveri di cavalli che appestano l'aria, il tutto sparso fra macchie d'alberi straziati e campi devastati come da un uragano.” (Strenna Utet (1979) *Henri Dunant e le origini della Croce Rossa*)

Un altro volontario così descrive quell'alba:

“Lo spettacolo , che ci si presentò tutt'intorno all'aurora del 25, era spaventevole. I morti tanto spessi, che li dovevamo smuovere per

piantare le tende; semivestiti, gonfi, neri, giacevano in tutte le altitudini. Cavalli feriti si trascinavano nitrendo; altri, sventrati, ributtavano. Carriaggi rovesciati, affusti fracassati, armi ritte, attrezzi, cenci sanguinolenti coprivano la campagna, che pareva tutta spruzzata di giallo.” (Strenna Utet (1979) *Henri Dunant e le origini della Croce Rossa* cit. G. Amadoli, pp. 51-52).

Henri Dunant giunse a Castiglione delle Stiviere la sera di quel 24 giugno seguendo l'imperatore Napoleone III perché guerra o no lui doveva parlare con l'imperatore d'affari.

Henri Dunant era uno strano personaggio, nato da una famiglia agiata l'8 maggio 1828 nel cuore della vecchia Ginevra crebbe ricevendo un'educazione protestante. Temperamento raccolto e fantasioso trascorse la sua giovinezza in collegio dove si dedicò da subito alle più varie letture ad alle passeggiate campestri. Dalla madre prese l'interesse per gli infelici, i diseredati, gli umili gli oppressi ed i bisognosi. A diciotto anni si iscrisse alla benefica “Società delle elemosine” e prese l'abitudine di visitare gli ammalati e i derelitti per portare loro qualche aiuto ed un po' di compassione. Scrisse più tardi:

“ Compresi allora, che un uomo solo è impotente davanti a così grandi sventure e che, per poter recare qualche sollievo, è l'intera umanità che deve scendere in campo per lottare contro la miseria nera.” (Strenna Utet (1979) *Henri Dunant e le origini della Croce Rossa*)

A vent'anni passava i sabati e le domeniche in carcere a leggere ai detenuti libri di storia, scienze e viaggi. Il giovedì sera era invece dedicato agli incontri con un gruppo di giovani per studiare insieme la Bibbia. Nello stesso anno si impegnò come agente di cambio e fu spedito in Algeria per conto della compagnia ginevrina delle colonie di Sétif . L'africa mediterranea lo appassionò per le grandi opportunità di sviluppo economico

ma soprattutto per gli aspetti inconsueti della civiltà islamica. Dopo una visita a Tunisi e dopo aver letto “*Capanna dello zio Tom*” di Harriet Beecher-Stowe Dunant fece un appassionato appello contro la tratta dei negri in america in nome dei più sacri diritti umani e per l’abolizione dello schiavismo..

Nonostante i molteplici interessi, il giovane non trascura gli affari, costituendo una solida società anonima a cui diede il nome Mons-Djemila e si occupava di mulini. Questa società aveva sede in Algeria e fu costituita allo scopo di rendere fertili quelle terre, l’unica cosa che mancava alla società erano i terreni da fertilizzare, ed ecco perché Dunant il 24 giugno di quell’anno seguì l’imperatore Napoleone III in Italia.

La carrozza di Dunant non riuscì a proseguire oltre Castiglione dove nella giornata del 25 giunsero molti feriti e prigionieri. Egli non visitò mai il campo di battaglia ma lesse negli occhi e nelle frasi dei reduci lo spettacolo di desolazione che doveva offrire quell’alba del 25. Le intendenze militari avevano attrezzature irrisorie per la cura dei feriti, quasi che per un’armata in campagna il ferito fosse solo un peso. Solo la solidarietà dei commilitoni e degli abitanti del luogo consentivano il trasporto di quelli che ancora respiravano verso i villaggi vicini su muli o carrette, e su qualche rudimentale ambulanza in dotazione all’esercito.

Dunant visse quella terribile alba e ne serbò un ricordo indelebile. Inesperto di medicina ma mosso da un profondo senso di solidarietà si prodigò ad assistere i feriti e spinse le donne e le ragazze di Castiglione ad assistere e dare conforto ai soldati. Lo stesso Dunant manderà la sua carrozza a Brescia perché prenda generi di prima necessità per il soccorso.

Alla fine del suo viaggio Dunant non parlò con Napoleone III ma portò con se quella visione straziante che mutò la sua vita.

Era ancora in Italia, ospite della contessa Verri-Borromeo, quando ascoltò la donna caldeggiare l’idea della neutralizzazione dei feriti e di chi li assiste, Dunant stesso suggerì l’istituzione di un segno distintivo sacro che tutelasse i posti di soccorso dalle offese belliche.

Nel 1861, dopo aver inutilmente cercato di riprendere il lavoro, si ritirò a Ginevra per scrivere un volumetto che denunciassero la tragedia dei feriti. Al volumetto Dunant volle dare il titolo di *“Un ricordo di Solferino”*, il libro suscitò in Europa profonda commozione, però lo scopo di Dunant era che commozione ed indignazione diventassero il trampolino di lancio per trovare un rimedio alle atrocità della guerra. A questo scopo fece un appello all'interno del libro stesso scrivendo:

“Non ci sarebbe il mezzo di costruire, in un periodo di pace e di tranquillità, delle società di soccorso, il cui scopo fosse quello di far curare i feriti, in tempo di guerra, da volontari attivi, devoti e ben qualificati?...”

L'intera Europa si commosse nel leggere queste pagine ed il problema sollevato da Dunant divenne una questione all'ordine del giorno.

Dunant non fu però il primo a sollevare l'annosa questione dei feriti, infatti prima di Dunant un medico dell'esercito borbonico, Ferdinando Palasciano (1848), aveva rivendicato la neutralità dei feriti dichiarando che non potevano essere considerati nemici, qualsiasi fosse la loro nazionalità e l'esercito per cui combattevano. Queste affermazioni gli costarono una minaccia di fucilazione ed un anno di carcere a Reggio Calabria.

2.1.2 La nascita della Croce Rossa e i suoi principi fondamentali

La prima mossa di Dunant verso la creazione di un organismo che potesse essere neutrale e curare i feriti durante la battaglia senza essere attaccato dagli eserciti in lotta fu quella di investire della questione la benemerita società ginevrina di pubblica utilità. Nella seduta del 9 febbraio 1863, la Società, su proposta dello stesso Dunant, pone all'ordine del giorno il problema dell'aggregazione agli eserciti di un corpo di infermieri

volontari e investe della questione una commissione di cinque membri che sono oltre ad Henri Dunant, il generale a riposo Guillaume-Henri Dufour, i medici Louis Appia e Théodore Maunoir ed il giurista Gustave Moynier.

La commissione dei cinque si riunì per la prima volta il 17 febbraio e Dunant venne incaricato di presentare il verbale della riunione al Congresso internazionale di beneficenza. Un mese dopo, durante la seconda seduta della commissione, Dunant comunicò i consensi ricevuti dalle famiglie regnanti d'Olanda, Prussia, Assia, Bade ed Italia

Nella terza seduta (25 agosto) Dunant si vede costretto a stringere i tempi e dato che il congresso di beneficenza tramontò l'unico modo di portare avanti l'idea gli sembrò quello di convocare a Ginevra una Conferenza internazionale per discutere della questione. La Conferenza viene fissata per il 26 ottobre.

In quell'occasione dato il tempo ristretto e quindi l'impossibilità di andare personalmente a far visita a tutte le famiglie regnanti d'Europa Dunant fa stampare una circolare d'invito alla Conferenza. Questa circolare riassumeva in tre punti quelle che in realtà Dunant avrebbe voluto fossero le conclusioni della Conferenza:

- Ogni governo si impegni ad assicurare speciale protezione ed il suo alto patrocinio al proprio Comitato nazionale di soccorso ai feriti, da crearsi in ciascuno Stato europeo.
- Sia riconosciuta la neutralità del personale medico militare e di tutti i soccorritori volontari.
- Si impegnino i governi a favorire durante le ostilità i trasporti del personale e dei materiali sanitari in zona di guerra.

Preceduto da quest'appello Dunant si mise in viaggio per l'Europa. Rientrato a Ginevra il 20 ottobre riferì alla commissione gli esiti del suo viaggio, e Moynier scettico come al solito sentenziò che ciò che Dunant chiedeva nella circolare d'invito era impossibile.

La Conferenza di Ginevra venne inaugurata il 26 ottobre ed a conclusione di quattro giornate di discussioni, giornate a cui l'Italia aveva partecipato con un delegato in veste di uditor e a cui l'Inghilterra aveva posto un secco rifiuto, fu adottata una risoluzione di dieci punti, seguita da alcuni voti d'auspicio.

La risoluzione prevedeva la costituzione in ogni paese aderente di un Comitato nazionale di soccorso, idoneo a rafforzare in tempo di guerra i servizi sanitari, esso doveva predisporre in tempo di pace attrezzature e materiali, provvedendo anche ad istituire un corpo di infermieri volontari. Fu prevista anche la neutralizzazione degli ospedali, delle ambulanze e del personale sanitario che sarebbe però rimasto agli ordini delle autorità militari. In quest'occasione si istituì anche il vessillo della croce rossa in campo bianco che era il vessillo svizzero a colori invertiti².

Ora si trattava di trasformare i consensi espressi durante la Conferenza del 1863 nella sottoscrizione di una convenzione internazionale formale.

Già il 15 novembre il comitato ginevrino indirizzò ai vari governi europei un questionario con l'unico scopo di sondare le disponibilità dei vari Stati a sottoscrivere le risoluzioni prese in via informale a Ginevra. Quindici stati diedero subito il loro assenso mentre altri stati rimasero perplessi a causa soprattutto delle ostilità dei capi militari. A dicembre dello stesso anno vennero costituiti i primi due Comitati nazionali in Prussia e a Wurttemberg, altri dieci paesi seguirono l'esempio di questi pionieri l'anno seguente.

Tuttavia per legalizzare sul piano internazionale queste iniziative occorreva un Congresso diplomatico.

Fu soprattutto grazie all'autorità del generale Dufour che il Consiglio Federale svizzero si convinse a convocare per il 6 agosto 1864 i delegati incaricati di discutere e sottoscrivere la *“Convenzione per migliorare la sorte dei feriti delle armate in campagna”*. La circolare di invito fu inviata a 25 stati, sedici aderirono e furono effettivamente presenti all'apertura dei

² In appendice si può leggere una breve storia sull'emblema del movimento.

lavori, Inghilterra, Stati Uniti, Sassonia e Svezia tuttavia non delegarono pieni poteri ai loro rappresentanti ma si avvalsero della facoltà di adesione differita. Brasile, Grecia, Messico, Russia e Turchia (che istituirà successivamente, insieme agli altri paesi arabi e rispettando gli stessi principi della Croce Rossa, il movimento della Mezzaluna Rossa) non riuscirono a giungere in tempo.

La firma del basilare documento che avrebbe finalmente riconosciuto ufficialmente la Croce Rossa Internazionale avvenne il 22 agosto 1864.

I principi ispiratori della Croce rossa restano ancor oggi quelli che Dunant aveva individuato e sostenuto. Questi furono ribaditi nella XX Conferenza della Croce Rossa tenuta a Vienna nel 1965.

Sono:

- **UMANITA'**: principio nato dalla preoccupazione di soccorrere senza discriminazione i feriti dei campi di battaglia, il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna rossa, sia a livello nazionale che internazionale, operano per **prevenire e alleviare** in ogni circostanza **le sofferenze degli uomini**. Si applicano a **proteggere la vita e la salute**, e a **far rispettare la persona umana**.
- **IMPARZIALITA'**: non si devono fare **distinzioni** di nazionalità, razza, religione, di condizione sociale o di appartenenza politica. Si deve unicamente soccorrere gli individui **a seconda della gravità e dell'urgenza** delle loro sofferenze.
- **NEUTRALITA'**: per conservare la fiducia di tutti, il Movimento si astiene dal prendere parte alle ostilità così come, anche in tempo di pace, alle controversie d'ordine politico, razziale, religioso e ideologico.
- **INDIPENDENZA**: il Movimento é indipendente. Le Società Nazionali di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa svolgono le loro

attività umanitarie come **ausiliarie** dei poteri pubblici e sono sottoposte alle leggi in vigore dei rispettivi paesi, tuttavia devono conservare un' **autonomia** che permetta loro di operare sempre secondo i principi del movimento.

- **VOLONTARIATO:** la Croce Rossa e la Mezzaluna Rossa sono movimenti **volontari e disinteressati**.
- **UNITA':** in un paese non può esserci che **un'unica società** di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa. Essa dev'essere **aperta a tutti** e deve estendere la sua attività umanitaria **all'intero territorio**.
- **UNIVERSALITA':** il Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa **é universale**, in questi tutte le società hanno uguali diritti e il **dovere di aiutarsi reciprocamente**.

Dunant dedicò tutta la sua vita alla Croce Rossa, trascurando anche gli affari, ciò fece sì che, ridotto in miseria, uscisse dalla scena diplomatica. Tutto ciò però non gli impedì di dedicarsi comunque agli ammalati ed ai suoi ideali. Dunant rientrerà in Svizzera solo nel 1887 si rifugerà nella pensione Paradiso fino alla fine della sua vita.

Nel 1901 venne consegnato a Dunant il premio Nobel per la pace, nello stesso anno, ed esattamente il 30 ottobre, muore. Le sue ceneri furono deposte in forma anonima come risultava dalle ultime volontà di questo personaggio.

Da allora questo straordinario organo ha compiuto passi da gigante.

2.1.3 La Croce Rossa Italiana

La Croce Rossa Italiana è un'Associazione riconosciuta come ente di diritto pubblico dalla Legge n. 70 del 1975. Ausiliaria dei poteri pubblici, partecipa a tutti gli sforzi di prevenzione, di educazione, di protezione

sanitaria e medico-sociale su tutto il territorio nazionale. Il contributo che quest'associazione dà alla società è quello di permettere il miglioramento delle condizioni di vita e del benessere collettivo. Per perseguire questi obiettivi la Croce Rossa Italiana (C.R.I.) lavora con i differenti attori sociali - imprese, associazioni, collettività locali e territoriali, Stato, Unione Europea e organismi dell'ONU e si pone al centro del dispositivo dell'azione sociale per tutto quello che concerne i suoi campi di intervento: salute, solidarietà, soccorsi in Italia e nel mondo.

L'insieme delle particolarità della C.R.I. ne fa uno dei principali attori dell'azione sociale in Italia soprattutto perché è la principale promotrice di progetti e di programmi al servizio dei più deboli.

La C.R.I. interviene soprattutto, in base ai suoi mezzi e le sue competenze, dove vi è la necessità. I valori che diffonde e le risorse di cui dispone ne fanno una realtà fonte di azioni e proposizioni di fondamentale importanza.

Il primo "Comitato dell'Associazione Italiana per il soccorso ai feriti ed ai malati in guerra" si costituisce a Milano ad opera del Comitato Medico Milanese dell'Associazione Medica Italiana il 15 giugno 1864, ben due mesi prima della firma della Convenzione di Ginevra.

Questo inizia subito la sua attività sotto la presidenza del dottor Cesare Castiglioni, il quale, due mesi dopo la costituzione del Comitato, viene chiamato a Ginevra, insieme ad altri delegati italiani, per esporre quanto fatto a Milano e cosa pensa di fare in avvenire in favore dei feriti e dei malati in guerra. Il 22 agosto 1864 viene sottoscritta anche dall'Italia la Convenzione di Ginevra.

L'11 dicembre dello stesso anno si tiene, a Milano, un congresso in cui si approva il regolamento del Comitato di Milano come Comitato Centrale per il coordinamento delle attività dei nuovi comitati che andavano in quel periodo a costituirsi.

Il 20 giugno 1866 l'Italia dichiara guerra all'Austria e le prime quattro "squadriglie" di volontari partono alla volta di Custoza. Nello stesso tempo si occupa della lotta alla tubercolosi e alla malaria creando stazioni,

ambulatori e ambulanze antimalariche nelle Paludi Pontine, in Sicilia e in Sardegna.

Da allora la Croce Rossa Italiana è sempre presente e attiva nei conflitti che vedono impegnata l'Italia, sino alla II^a guerra mondiale, ed è presente su tutto il territorio nazionale dall'alluvione nel Polesine del 1951 alla frana che ha colpito Sarno nel 1998, dai terremoti che hanno colpito l'Italia in questi ultimi anni, ai soccorsi ai feriti di incidenti.

La Croce Rossa Italiana è oggi un Ente di diritto pubblico con prerogative di carattere internazionale, con lo scopo di assistenza sanitaria e sociale sia in tempo di pace che in tempo di guerra. E' posta sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica, sottoposta alla vigilanza dello Stato e sotto il controllo del Ministero della Sanità e del Ministero della Difesa per quanto di sua competenza.

E' un'associazione di soccorso volontaria senza scopo di lucro che ha per missione, in tempo di pace, di recare assistenza alla popolazione, integrando l'azione dello Stato e organizzando soccorsi all'estero mentre, in caso di conflitto, contribuisce con mezzi e personale propri alla sgombero ed alla cura dei feriti con l'allestimento di ospedali militari da campo, posti di pronto soccorso, ambulanze; organizza la difesa sanitaria, si occupa dello scambio di prigionieri, dello scambio della corrispondenza e pacchi e della ricerca dei dispersi.

2.2 Il passaggio della gestione del soccorso dalle associazioni di volontariato al 118

Fino all'istituzione del 118 la gestione delle emergenze sanitarie era affidata completamente alle associazioni di volontariato che agivano sul territorio provinciale. Chiaramente questo stato di cose creava non pochi problemi soprattutto al cittadino che aveva urgenza di essere trasportato all'ospedale perché non in grado di andarci solo. Infatti prima di trovare un mezzo che potesse effettuare il trasporto era necessario telefonare ad ogni

associazione di volontariato fino a che non si riusciva a trovare qualcuno disponibile e nella possibilità di realizzare l'intervento.

Questo stato di cose era chiaramente preoccupante soprattutto per i pazienti gravi che avevano necessità di essere trasportati immediatamente. La gestione del pronto intervento affidata alle associazioni creava inoltre problemi riguardanti i tempi di intervento, il trasporto negli ospedali più adeguati e le professionalità operanti sulle ambulanze.

Con l'istituzione del servizio di pronto intervento sanitario nazionale, il quale è gestito regionalmente ma fa capo al SSN, diventa compito del 118 tutelare la salute dei cittadini garantendo a chiunque si trovi in una situazione di emergenza sanitaria, reale o potenziale, un intervento finalizzato a portare sul posto, interagendo con tutti gli altri enti non sanitari se necessario, il soccorso più qualificato con i mezzi disponibili sul territorio e favorendo una corretta ospedalizzazione.

Grazie alla creazione del numero unico per le emergenze i cittadini sanno esattamente qual è il numero per ricevere soccorso senza doversi preoccupare di null'altro, proprio la centrale operativa si occuperà di inviare il mezzo di soccorso idoneo in base ai mezzi disponibili in quella zona ed in base alla criticità dell'intervento.

Il 118 non ha mezzi di proprietà ma questi sono delle associazioni di volontariato che li mettono a disposizione in base alla loro disponibilità di volontari. Le convenzioni tra 118 e associazioni di volontariato sono di due tipi, *estemporanea* e *H24*. Il primo tipo di convenzione mette a disposizione del 118 le ambulanze solo in alcuni giorni ed in alcune fasce orarie, mentre il secondo tipo di convenzione mette a disposizione della centrale operativa le ambulanze 24 ore su 24 ore. Questo tipo di convenzione risulta obbligatoria per i mezzi di soccorso avanzato (MSA).

Le convenzioni di disponibilità dei mezzi non riguardano solo le fasce orarie ma anche lo stato di manutenzione degli stessi, infatti le associazioni devono garantire oltre alla disponibilità del mezzo in determinati orari anche la manutenzione dello stesso, infatti, se uno di questi non è disponibile devono garantire un mezzo sostitutivo.

Secondo il DPR del 27 marzo 1992 le associazioni di volontariato convenzionate non possono pubblicizzare il proprio numero di telefono per i servizi di emergenza, questo al fine di far diventare il 118 l'unico riferimento per il cittadino in caso di emergenza sanitaria.

Un altro aspetto molto importante dell'avvento del 118 è la creazione di professionalità sulle ambulanze e un limite dei tempi di intervento sul territorio. Tempi che devono stare all'interno degli 8 minuti per gli interventi in città ed entro i 20 minuti per gli interventi che si effettuano in provincia.

Ultimo aspetto da sottolineare è come il 118 coordini, oltre alle emergenze sanitarie, anche il trasporto straordinario di organi e di sangue garantendo l'arrivo di questi in tempo utile per poter essere ancora utilizzati.

2.3 Il 118

Nel 1986 il Ministero della Sanità, su proposta del Consiglio Sanitario Nazionale (nel quale sono rappresentate tutte le Regioni), prese l'iniziativa di istituire, in analogia con quanto già attuato in molti altri Paesi, il numero telefonico per l'emergenza sanitaria.

Obiettivo della Centrale Operativa 118, secondo quanto definito nell'"Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria" emanato, come già detto, con Decreto del Presidente della Repubblica, il 27 marzo 1992 è, nell'ambito di una riorganizzazione generale più funzionale dei servizi preposti all'emergenza sanitaria.

Il raggiungimento di tale obiettivo si ottiene attraverso l'attivazione di una serie di procedure che interessano diverse strutture e diversi soggetti i quali, per operare in maniera coordinata necessitano di un coordinamento comune, che quindi deve conoscere le caratteristiche, le potenzialità e le esigenze operative delle parti coinvolte.

Modello organizzativo del sistema di emergenza sanitaria secondo il DPR 27 marzo 1992.

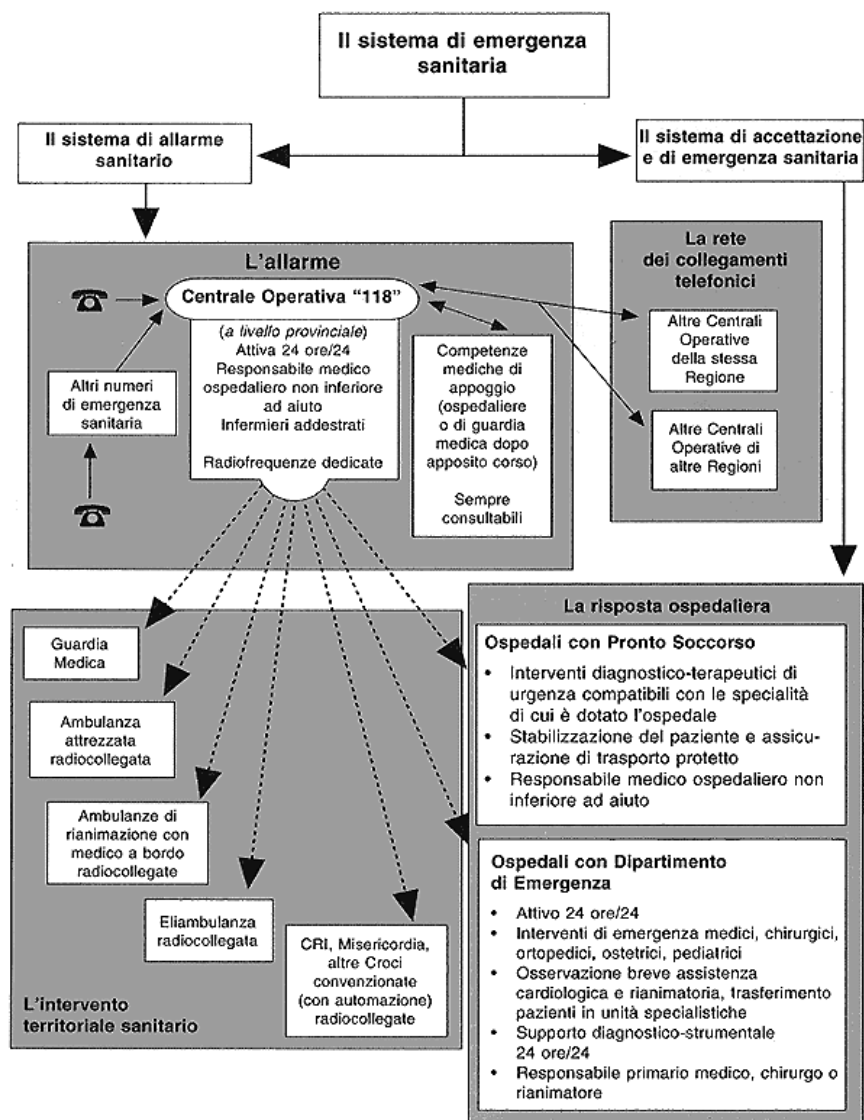


Figura 1 - 118 come progettato nel DPR del 27 Marzo 1992

Con il Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992³, il 118, diviene, come già precedentemente detto, l'unico numero di riferimento per quanto riguarda il pronto intervento sanitario e va ad aggiungersi ad un vasto panorama fino ad allora formato esclusivamente da associazioni locali e volontarie.

³ Nell'appendice si può leggere il DPR del 27 marzo 1992

Con il DPR il 118 viene investito della facoltà di cancellazione d'ufficio di tutti gli altri numeri che si riferiscono ad associazioni di pronto intervento, dirottando l'intero traffico telefonico sulla propria linea. Questo potere viene esplicitamente illustrato nell'articolo tre comma tre della legge, il quale cita:

“L'attivazione della centrale operativa comporta il superamento degli altri numeri di emergenza sanitaria di enti, associazioni e servizi delle unità sanitarie locali nell'ambito territoriale di riferimento, anche mediante convogliamento automatico delle chiamate sulla centrale operativa del 118.”

In realtà, in Piemonte questo non è avvenuto ed il 118 si è aggiunto, in via transitoria, ad un vasto e variegato panorama formato da numeri di pronto intervento di associazioni locali e volontarie. Inoltre in Piemonte la centrale operativa di Torino garantisce la risposta alle situazioni di emergenza che si verificano nella sua provincia e gestisce direttamente le maxi-emergenze regionali, il soccorso alpino e l'elisoccorso. Le centrali operative provinciali invece si occupano unicamente dell'invio dei mezzi di soccorso di terra all'interno della provincia.

Compiti della Centrale operativa sono la ricezione delle chiamate, la valutazione del grado di complessità secondo protocolli prestabiliti, l'attivazione e il coordinamento dell'intervento, che comprende il supporto all'intervento e l'assegnazione della destinazione ospedaliera più idonea in base alla patologia. Sempre di competenza delle centrali operative sono la mappatura dei posti letto, la gestione delle attività connesse ai trapianti e ai prelievi d'organo, le reperibilità ospedaliere, i trasporti urgenti di sangue o altro materiale sanitario.

Durante questi anni sono stati adottati principalmente due realtà organizzative, la prima su cui poniamo l'accento è quella che gli addetti ai lavori chiamano “**gestione verticale**”. Questo modello organizzativo è adottato in presenza di modesti volumi di traffico (intesi come numero di

richieste di aiuto a cui prestare assistenza). Il funzionamento di questo tipo di organizzazione è piuttosto semplice, la chiamata arriva direttamente ad un infermiere che, dopo aver interrogato il paziente per poter effettuare una valutazione del caso e quindi assegnare a questo il relativo codice, si vede costretto ad interrompere il contatto per allertare il mezzo di soccorso. È chiaro come, in questo tipo di organizzazione, non vi sia possibilità, se non raramente e solo in caso di assenza di richieste di assistenza in coda, di effettuare interventi di primo soccorso telefonico che in alcuni casi potrebbero risultare vitali.

La seconda realtà organizzativa è quella denominata “**gestione orizzontale**” ed è proprio questo modello che è stato adottato per l’organizzazione della centrale operativa di Grugliasco, dove il traffico si aggira attorno alle 600.000 telefonate annue.

La gestione della centrale operativa di Grugliasco si configura nella seguente maniera; la chiamata arriva al **POF** (Posto Operatore Filtro) il quale ha come unico compito ha quello di smistare le chiamate destinate alla guardia medica (che si trova fisicamente all’interno della struttura della centrale operativa anche se si tratta di una realtà distinta ed autonoma rispetto a questa) da quelle indirizzate al 118, inoltrando queste ultime al **PVS** (postazioni di valutazione sanitaria). Per effettuare queste operazioni gli operatori assegnati al POF devono avere soprattutto competenze tecniche e minime competenze infermieristiche.

Dopo essere passata dal POF la chiamata arriva alle **PVS** nelle quali si effettua una valutazione dello stato del paziente e dove si compila una scheda che viene inoltrata al box ambulanze. Gli infermieri che si trovano alla postazione di valutazione possono prestare i primi interventi, cercando di far eseguire alcune semplici operazioni di medicina di base ai presenti sul luogo dell’incidente, questi “interventi a distanza” in alcuni casi possono risultare vitali. L’opportunità di soffermarsi maggiormente in linea dando istruzioni sul comportamento da tenersi è data dal fatto che l’allertamento del mezzo e la sua gestione sono affidati ad un’altra postazione e a persone

diverse. Gli operatori che si occupano di questa fase del pronto intervento devono necessariamente essere infermieri professionali.

Le PVS generano degli eventi ai quali sono assegnati dei codici di gravità⁴ e che vengono tempestivamente trasmessi al box ambulanze, nel quale si trovano due operatori tecnici, uno di questi si occupa di gestire gli interventi effettuati nella provincia di Torino mentre l'altro operatore si occupa di gestire gli interventi che vengono effettuati sulla città di Torino. Questi operatori svolgono le operazioni necessarie a gestire le comunicazioni tra ambulanza e centrale operativa. Ad affiancare questi operatori si trova un infermiere professionale che interviene nel caso in cui vadano prese importanti decisioni sanitarie quali, per esempio, la scelta dell'ospedale, o l'invio di un altro mezzo nel caso vi sia stata una sottostima della gravità dell'intervento. Dopo la scelta del mezzo l'evento diviene una “**missione operativa**”, ed ogni missione si compone di otto step:

- **Ricerca mezzo:** l'operatore si avvale dell'aiuto del computer il quale è in grado di fornire un ventaglio di scelte riguardo ai mezzi disponibili.
- **Allarme al mezzo:** l'ambulanza viene allertata dall'operatore il quale si preoccupa anche di dare i codici riguardanti la missione, questi codici sono composti da numeri che indicano la criticità dell'intervento, numeri che indicano la patologia e lettere che indicano il luogo⁵.
- **Partenza:** il mezzo parte alla volta del luogo da dove è stata richiesta assistenza. Da qui comincia la parte della routine di soccorso durante la quale è presente un costante contatto radio con la centrale operativa al quale viene assegnato il nome “monitoraggio”.

⁴ Si possono leggere in appendice i codici riguardanti la criticità, la patologia ed il luogo dell'incidente.

⁵ Tutti i codici di gravità e di localizzazione si trovano in appendice

Il monitoraggio fa parte degli step di cui sopra e si compone di alcune comunicazioni che avvengono tra centrale operativa e mezzo che sta effettuando il soccorso, queste comunicazioni sono:

- ***Sul posto***: il mezzo segnala che si trova sul luogo dell'incidente.
- ***Paziente a bordo, in partenza***: il mezzo segnala che il paziente si trova a bordo e che si sta partendo alla volta dell'ospedale più idoneo.
- ***Arrivo all'ospedale***
- ***Di nuovo operativi***: qui finisce la fase di monitoraggio ed il mezzo dopo le ordinarie operazioni di pulizia e di "riattrezzaggio" si rende nuovamente disponibile per nuove missioni.
- ***Chiusura servizio***: in questo stadio l'equipaggio del mezzo contatta la centrale operativa per aggiornare definitivamente la banca dati per quanto riguarda il paziente e quindi per chiudere definitivamente il caso.

Il 118 dispone di tre tipi di mezzi di soccorso⁶: **MSA** (mezzo di soccorso avanzato) sul quale sono presenti 1 medico, 1 infermiere e 2 soccorritori volontari, **MSAB** (mezzo di soccorso avanzato di base) sul quale sono presenti 1 infermiere e 2 soccorritori volontari e l'**MSB** (mezzo di soccorso di base) sul quale sono presenti 2 soccorritori volontari. Nell'area urbana operano 5 MSA, 1 MSAB e 9 MSB. Nella provincia operano 14 MSA, 9 MSAB e 76 MSB. I mezzi appartengono alle associazioni di volontariato (es. Croce Rossa, Croce Verde ecc.) e vengono messi a disposizione del 118 in base a due tipi di convenzioni, una chiamata **h24** ed in questo caso i mezzi sono garantiti a disposizione 24 ore su 24,

⁶ In appendice si leggono le ambulanze che fanno servizio di pronto soccorso in Torino e provincia con indicazione del tipo, dell'ubicazione, della convenzione e dell'associazione a cui appartengono.

un'altra chiamata **estemporanea** ed in questo caso la copertura non è garantita sulle 24 ore e sui sette giorni la settimana. È chiaro come queste diverse coperture incidano molto sul servizio di pronto intervento, infatti può capitare che l'ambulanza più vicina non sia disponibile perché è un mezzo in estemporanea.

Alcuni fattori intervengono a complicare il modello: innanzitutto la gestione comune delle chiamate di soccorso ricade interamente sul POF, che oltre a provvedere all'inoltro delle chiamate ai PSV deve fungere da centralino per le altre associazioni (in particolar modo per la guardia medica), evidenziando così una prima strozzatura (rallentamento) nel modello. In realtà questa strozzatura potrebbe non essere causa di problemi gravi però va comunque considerata (si veda a questo proposito la parte contenuta in questa tesi dedicata all'analisi dati).

Un secondo aspetto da considerare riguarda il tempo previsto di 90 secondi per la gestione chiamate dal POF al box ambulanze. I 90 secondi previsti si riferiscono ad un singolo evento. Il sorgere di svariati eventi nello stesso momento può rappresentare un serio problema, possono infatti formarsi delle code. Lo stesso problema può verificarsi per la routine di soccorso, aggravato da un'ulteriore complicazione che riguarda i casi di trauma i quali secondo i responsabili del servizio rappresentano il 20% degli interventi (si veda la parte della tesi dedicata all'analisi dati), questo comporta una perdita di tempo e risorse da parte della centrale operativa che deve allertare i vigili del fuoco e le forze dell'ordine perché si occupino di spegnere incendi e/o estrarre persone (se necessario) i primi e ripristinare la viabilità nel luogo dell'incidente gli altri.

Un ultimo problema può sorgere in relazione alle linee isocrone di intervento e la scelta che si deve operare oltre che in base all'equipaggio presente sul mezzo, e quindi tenendo conto delle competenze che l'incidente richiede, anche avendo cura dei criteri di vicinanza. Si deve ovviamente ricordare che i mezzi che non possiedono copertura temporale continua potrebbero non essere disponibili e che devono quindi essere depennati dalla lista dei possibili mezzi d'intervento.

Dopo questo breve excursus sul modo di operare della centrale operativa proviamo a schematizzare quanto detto in *Figura 2*.

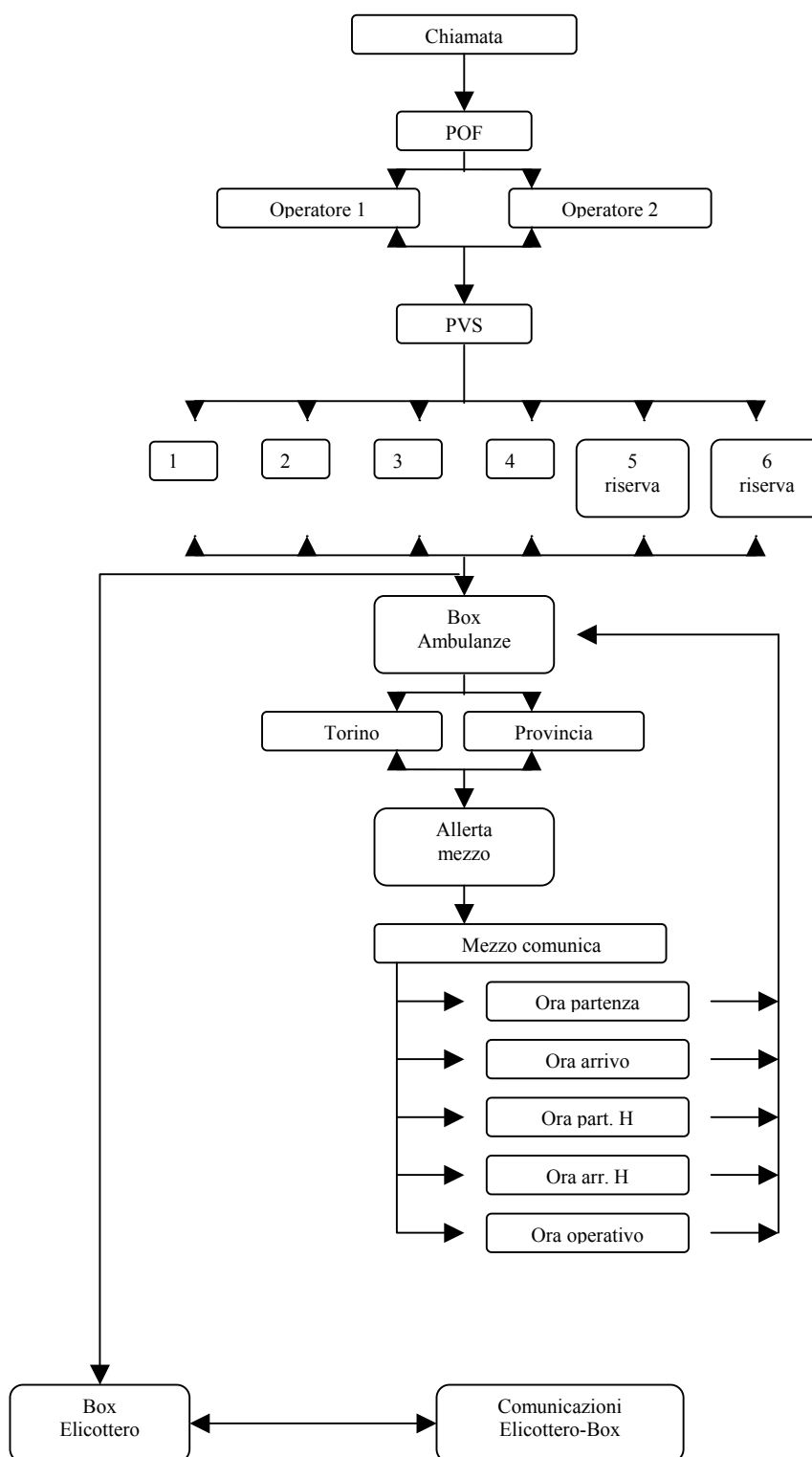


Figura 2 - Funzionamento centrale operativa 118 di Grugliasco