



Repubblica di San Marino

Comitato Sammarinese di Bioetica

Legge 29 gennaio 2010 n. 34

BIOETICA DELLE CATASTROFI

APPROVATO NELLA SEDUTA PLENARIA DEL 10 LUGLIO 2017

SOMMARIO

SOMMARIO	2
PRESENTAZIONE.....	4
PREMESSA	7
LE CATASTROFI NELLA REPUBBLICA DI S. MARINO	10
I PRINCIPI BIOETICI NELLE DIVERSE FASI DELLE CATASTROFI.....	12
LA FASE DI PRE-EMERGENZA.....	12
LA FASE DI EMERGENZA	13
LA FASE DI POST-EMERGENZA.....	15
PARTICOLARI CATEGORIE DI VITTIME	16
I CADAVERI.....	16
I SOPRAVVISSUTI	17
EMERGENZA E PERSONE CON DISABILITÀ.....	18
SITUAZIONI DI EMERGENZA A CAUSA DI CATASTROFI NATURALI ED UMANE.....	18
INTERVENTI DI EMERGENZA OSPEDALIERA PER PERSONE CON DISABILITÀ.....	22
SUPPORTO PSICOLOGICO E SUE CRITICITÀ	27
LE VITTIME COINVOLTE	27
LE VITTIME INDIRETTE	28
LE VITTIME SENSIBILIZZATE	29
LA FORMAZIONE.....	30
CONCLUSIONE	32
IL GIORNALISMO ETICO NELLE CATASTROFI	34
FORMAZIONE SPECIFICA	35
RISPETTO PER LE VITTIME E PER LE POPOLAZIONI COLPITE	36
PARTICOLARE ATTENZIONE AI MINORI	37
TUTELA DEI DATI SANITARI.....	38
PROTEZIONE DEI TESTIMONI E DELLE FONTI	38
RAPPORTI CON I SOCCORRITORI	38
CONCLUSIONI	39
IL CONSENSO ALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA IN SITUAZIONI D'EMERGENZA	41
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	42
LA GESTIONE DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI NELLE CATASTROFI	44
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	47

RESPONSABILITÀ MEDICO-LEGALI DEGLI OPERATORI SANITARI IN SITUAZIONI DI EMERGENZA	49
L'INFERMIERE SOCCORRITORE	51
L'INFERMIERE E IL TRIAGE	51
L'INFERMIERE E LA GESTIONE DI SITUAZIONI CLINICHE PARTICOLARI: IL CONTROLLO DEL DOLORE	52
FORMAZIONE DELL'INFERMIERE IN MEDICINA DELLE CATASTROFI	53
BIOETICA DEGLI ANIMALI NELLE CATASTROFI	56
L'IMPORTANZA DEGLI ANIMALI NEL CONTESTO SOCIALE UMANO	56
LA RILEVANZA MORALE DEGLI ANIMALI	56
L'ANIMALE VITTIMA: L'ORGANIZZAZIONE DI FILIERA NELLA ZOOTECCNIA E GLI ANIMALI DA COMPAGNIA	57
L'ANIMALE CHE PARTECIPA AI SOCCORSI	57
GLI ANIMALI E IL RIPRISTINO DEL TESSUTO SOCIALE	58
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	59
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI FINALI	60
ALLEGATO 1: GLI ORGANISMI A SAN MARINO	62
CROCE ROSSA SAMMARINESE	62
SERVIZIO DI PROTEZIONE CIVILE	63
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	66
CENTRO EUROPEO MEDICINA DELLE CATASTROFI (CEMEC)	68
CONSULTA PER L'INFORMAZIONE	69
ASSOCIAZIONE SAMMARINESE PROTEZIONE ANIMALI (APAS)	70
ALLEGATO 2: NORMATIVA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	71
REPUBBLICA DI SAN MARINO	71
UNIONE EUROPEA	71
LINEE GUIDA	72
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	73

PRESENTAZIONE

La decisione di dedicare un documento alla complessa e vasta tematica della bioetica delle catastrofi scaturisce da una serie di motivazioni che hanno stimolato il Comitato Sammarinese di Bioetica (CSB) fin dall'inizio del suo secondo mandato.

Innanzitutto vi è stata la consapevolezza che, a fronte di accadimenti catastrofici sempre più frequenti, causati da eventi naturali ed umani, nella comunità internazionale siano state attivate strategie di natura politica, economica, scientifica, ma poche siano state le riflessioni di natura bioetica in merito a situazioni che, per l'intrinseco carattere di "straordinarietà" e il coinvolgimento di un elevato numero di persone, implicano condizioni di altissima criticità decisionale per i profondi valori etici in gioco.

La presenza nel CSB di componenti ed esperti esterni che si dedicano a queste tematiche con differenti professionalità ha supportato la decisione di intraprendere tale lavoro, con la costituzione del gruppo, nel dicembre 2014, coordinato dalla Vice Presidente, prof.ssa Luisa Borgia in sinergia con il prof. Aldo Morrone, esperto esterno del CSB; vi hanno aderito il prof. Carlo Bottari, il prof. Adriano Tagliabracci, il prof. Verter Casali, il prof. Francesco Carinci e gli esperti esterni dottor Giampiero Griffo, dottor Pasqualino Santori e dottor Salvatore D'Amato.

Il gruppo si è avvalso inoltre del prezioso contributo dei seguenti professionisti:

- dottor Massimiliano Mascitelli¹ e dottor Roberto Ercolani², per la stesura del capitolo sul supporto psicologico e le sue criticità;
- dottoressa Amelia Beltramini³, per la stesura del capitolo sul giornalismo etico;
- dottor Massimo M. G. Di Muzio⁴, per la stesura del capitolo sulla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici nelle catastrofi.

Un particolare ringraziamento va rivolto alla Consulta per l'Informazione Sammarinese nella persona del suo Presidente, dottor Luca Pelliccioni, per la revisione del capitolo sul giornalismo etico.

Da subito è apparsa la difficoltà di selezionare gli argomenti all'interno di una materia così ampia ed eterogenea, pertanto si è concordato nella necessità di individuare quelle tematiche di maggiore

¹ Medico Psichiatra; esperto in psicologia delle emergenze.

² Psicologo-psicoterapeuta.

³ Giornalista *free-lance*; già caporedattore del mensile Focus; docente del Master di Giornalismo all'Università Statale di Milano.

⁴ Responsabile UO Farmacia Clinica INRCA-IRCCS Ancona; Componente del GORES (Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria) della Regione Marche; socio fondatore SIFACT (Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia) e Commissario pro-tempore ANSMI (Associazione Nazionale Sanità Militare Italiana) – sezione di Tolentino.

pertinenza bioetica per la loro delicatezza e crucialità e sulle quali la letteratura in materia di medicina delle catastrofi ha dedicato minore attenzione.

La riflessione bioetica su tali aspetti costituisce un ulteriore elemento di originalità al documento.

In particolare, nell'ambito delle persone coinvolte nelle catastrofi, si è ritenuto doveroso ampliare il concetto di "vittima", estendendolo dal classico concetto di "vittime dirette" a quello di "vittime indirette", che includono coloro che vivono indirettamente il trauma delle persone coinvolte, come i familiari, gli amici, gli stessi soccorritori e che subiscono, per mancanza di risorse psicologiche, la così detta traumatizzazione vicaria.

È stato poi naturale dedicare un capitolo alla gestione delle persone con disabilità in emergenza, per la particolare sensibilità che il Comitato Sammarinese di Bioetica ha sempre dimostrato per questa tematica, non solo dedicandovi uno specifico documento (*L'approccio bioetico alle persone con disabilità*, 2013), ma anche riprendendo tale argomento nei documenti successivi.

Ugualmente innovativo è il capitolo dedicato al giornalismo etico, per la decisione di inserire il professionista della comunicazione tra gli attori coinvolti nelle catastrofi, cui spetta la difficile scelta tra il rispetto della libertà di espressione e il rispetto della vita privata e su cui grava la responsabilità della protezione dei testimoni e delle fonti, specie nei casi di conflitti, nel rispetto delle popolazioni colpite e nel complesso rapporto di interazione con i soccorritori.

Il capitolo dedicato all'infermiere soccorritore intende sottolineare la rilevanza di questa figura professionale, specie nella difficile attività del *triage* e nella gestione di situazioni cliniche particolari come il controllo del dolore.

Tale scelta è la conseguenza di una particolare attenzione che il CSB ha dedicato a tale ruolo, a partire dalla stesura del primo *Codice Deontologico dell'Infermiere*, in collaborazione con l'AIS (Associazione Infermieristica Sammarinese) e a seguire con il documento *Assistenza Infermieristica al dolore: aspetti bioetici* (entrambi del 2017).

Al personale sanitario ospedaliero, con particolare riguardo alla figura del farmacista, è dedicato il capitolo sulla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici nelle catastrofi, ma per tutti gli operatori sanitari vengono evidenziate le responsabilità medico-legali in situazioni di emergenza, così come si affronta il delicato nodo dell'acquisizione del consenso alla sperimentazione clinica in situazioni di emergenza, supportati dalle indicazioni in merito contenute nel Regolamento UE del 2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano.

Il capitolo più innovativo e coraggioso è probabilmente quello dedicato alla bioetica degli animali nelle catastrofi, in quanto propone una riflessione sulla rilevanza morale degli animali, nel duplice ruolo di vittime e di soccorritori, pur conservando una lucida distinzione valoriale con le vittime umane. Tale argomento, volutamente situato alla fine del documento per sottolinearne la specificità, intende aprire un filone di riflessione bioetica che, auspichiamo, possa essere percorso con ulteriori approfondimenti.

Come tutti gli altri documenti del CSB, anche questo è arricchito da preziose informazioni sul territorio sammarinese: una breve storia introduttiva delle catastrofi in Repubblica e, negli allegati, una breve presentazione dei principali organismi e istituzioni operanti a S. Marino.

Il CSB è consapevole che ciascun argomento trattato nel presente lavoro costituisce un iniziale approccio bioetico a tematiche che, per la loro complessità, meritano di costituire oggetto di ulteriori approfondimenti. In questa prospettiva si è deciso di connotare ogni capitolo con proprie conclusioni e raccomandazioni, riprese poi nelle conclusioni e raccomandazioni finali.

L'elaborazione del documento è avvenuta nell'arco di tutto il secondo mandato del CSB, non solo per la complessità e la vastità degli argomenti trattati, ma anche per il coinvolgimento di istituzioni e organismi sammarinesi e internazionali che hanno permesso una dettagliata disamina su ciascuna tematica.

Il CSB ha invitato in audizione i seguenti organismi, cui rivolge un sincero ringraziamento:

- CROCE ROSSA SAMMARINESE, con il dott. Giuliano Giardi, delegato del Presidente;
- CROCE ROSSA INTERNAZIONALE, con il dott. Massimo M. G. Di Muzio, delegato del Vice Presidente;
- CEMEC;
- SERVIZIO ANTINCENDIO POLIZIA CIVILE SAMMARINESE;
- SERVIZIO DI PROTEZIONE CIVILE SAMMARINESE, con il dott. Fabio Berardi, Responsabile;
- DIPARTIMENTO PREVENZIONE ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE di S. Marino, con il dott. Renaldo Ciro Renzi, Direttore;
- POLIZIA CIVILE SAMMARINESE, con la dott.ssa Albina Vicini, Comandante, e Athos Gattei, Ispettore;
- UOC PRONTO SOCCORSO - DEGENZA BREVE Istituto per la Sicurezza Sociale di S. Marino, con il dott. Antonio Morri, Direttore e componente del Comitato Scientifico del CEMEC;
- GRUPPO DI COORDINAMENTO PER LE EMERGENZE SANITARIE, con il dott. Andrea Gualtieri, Coordinatore.

Il documento è stato approvato nella seduta del CSB del 10 luglio 2017 all'unanimità dei presenti: Luisa Borgia, Carlo Bottari, Verter Casali, Carlo Daniele, Renzo Ghiotti, don Gabriele Mangiarotti, Nicolino Monachese, Monica Tonelli, il Presidente Virgilio Sacchini in video conferenza. Assenti alla seduta, hanno comunicato la loro adesione, Giorgio Cantelli Forti, Francesco Carinci, Adriano Tagliabracci.

Il Vice Presidente del CSB
e Presidente dello stesso nella seduta del 10 luglio 2017

Luisa Maria Borgia

PREMESSA

Catastrofe, Disastro, Maxi-emergenza, Incidente Maggiore: la presenza di molteplici definizioni e la vastità della produzione scientifica denota immediatamente la complessità della realtà oggetto di riflessione di questo documento.

Tuttavia, qualunque definizione si intenda utilizzare, va necessariamente incardinata in un contesto antropologico e sociale, in quanto rappresenta un momento di profonda crisi per la comunità umana e comporta uno squilibrio nelle relazioni tra l'uomo, l'ambiente e la società; tra le risorse straordinarie da reperire e la gravità delle conseguenze in termini di danni e di vittime umane; uno sbilanciamento improvviso tra i bisogni assistenziali e le risorse a disposizione; in definitiva uno sconvolgimento del tessuto sociale.

Per convenzione, per Catastrofe o Disastro si intende un evento calamitoso, di origine naturale o collegato all'attività umana, caratterizzato dalla distruzione delle infrastrutture e del tessuto sociale; può essere improvviso (un sisma, uno tsunami) o lento e graduale (si pensi ad una siccità persistente).

La Maxi-emergenza o l'Incidente Maggiore, riguarda eventi circoscritti in una specifica porzione territoriale, caratterizzati dall'integrità delle infrastrutture (si pensi ad un incidente ferroviario o ad un attacco terroristico).

Nondimeno, ogni singolo evento è configurato da caratteristiche tali da renderne difficile una esatta collocazione in queste definizioni, in quanto piccole calamità possono trasformarsi in gravi disastri per carenza di supporti indispensabili (mezzi di comunicazione, trasporti,..) o per le caratteristiche delle strutture abitative (si pensi, ad esempio agli edifici privi dei criteri antisismici o alle costruzioni dei paesi più poveri), mentre gravi disastri possono avere conseguenze limitate per la presenza di una efficace azione preventiva (esemplare è l'esperienza del Giappone, uno dei Paesi più esposti al rischio sismico che riesce a limitare in modo notevole perdite umane e distruzioni).

Il contesto di un evento critico infatti è sempre caratterizzato da almeno quattro elementi, che possono aiutare a definirlo: la tipologia, la dimensione spaziale, la dimensione temporale e l'entità delle conseguenze.

Tali elementi si articolano in maniera complessa e condizionano l'esito dell'evento critico e le ripercussioni anche psicofisiche di chi è coinvolto. Diverso, infatti, è il caso di un disastro naturale in una zona deserta o in una zona densamente popolata, oppure un atto terroristico che colpisca una sola persona o una comunità di più persone.

Pertanto la portata di un evento critico dipende dalle dimensioni e dalle caratteristiche, mentre il contesto emergenziale è costituito dall'insieme dei canali di comunicazione possibili nell'area di accadimento, dalla rete di relazioni interumane ed istituzionali presenti e, infine, dalle condizioni sociali, economiche, culturali e religiose che insistono sul territorio coinvolto.

Tuttavia, pur nella peculiarità di ogni evento calamitoso, si possono individuare alcune costanti, come l'immediatezza nelle azioni di soccorso, la ridotta disponibilità di risorse diagnostiche e terapeutiche, il difficile o pericoloso accesso alle vittime, l'elevato rischio non solo per le vittime, ma per gli stessi soccorritori.

L'improvviso squilibrio tra le risorse necessarie per affrontare la situazione e quelle disponibili, rende insufficiente la risposta fornita quotidianamente dai sistemi di soccorso territoriale e dalle strutture ospedaliere e genera una prima fase caotica in cui la macchina dei soccorsi ha bisogno del tempo necessario per mettersi in moto e per attivare soluzioni organizzative efficaci con operatori preparati.

Ciò che differenzia un sistema organizzato da una risposta disordinata è la capacità di ridurre o annullare nel minore tempo possibile le conseguenze provocate dallo sbilanciamento tra risorse necessarie e disponibili.

La Medicina delle Catastrofi o delle Grandi Emergenze nasce proprio per affrontare efficacemente gli aspetti connessi alle conseguenze dell'evento e alla sua gestione, utilizzando le possibilità straordinarie di soccorso che la scienza e la tecnologia offrono.

Tale branca della medicina può essere considerata l'insieme di tanti tipi di medicina tradizionale applicati ad un'emergenza collettiva, ed il cui scopo è limitare il numero delle sequele e di morti.

Gli interventi che gli operatori sanitari e in generale i soccorritori sono chiamati ad effettuare devono essere svolti nel più breve tempo possibile per evitare aggravamenti delle condizioni cliniche, in situazioni estremamente diverse da quelle presenti in ambiente ospedaliero, attraverso una gerarchia di compiti organizzativi e una serie di comportamenti che devono necessariamente subire adattamenti alle differenti situazioni, pur partendo da piani prestabiliti e sperimentati.

Il principio basilare che muove ogni soccorritore e che contraddistingue la medicina delle catastrofi è quello di salvare il maggior numero possibile di persone nel minor tempo possibile e di considerare, oltre alle lesioni fisiche, anche altri aspetti di chi è coinvolto in un evento straordinario, come quelli psicologici.

Tuttavia, per raggiungere questo obiettivo, è necessario che molte persone, ciascuna con la propria specifica professionalità, lavorino insieme prima, durante e dopo la catastrofe, attraverso un vigile coordinamento delle forze, una intelligente e pragmatica utilizzazione delle risorse, una lucida visione delle priorità.

Nell'equipe sanitaria, il compito primario del medico in caso di calamità naturali o violente è quello di partecipare alle operazioni di soccorso e di assistenza alle persone coinvolte nell'evento, ferite o decedute.

Questo è obbligo morale e deontologico, che viene ricordato nei codici deontologici.

Lo Statuto dell'Ordine dei Medici della Repubblica di S. Marino, all'art. 11 prevede che *“il medico, in caso di catastrofe, di calamità pubblica o di epidemia, salvo causa di forza maggiore, deve restare al suo posto a disposizione dell'autorità competente; in ogni caso deve intervenire a favore di chiunque abbia necessità di soccorso o di cure mediche”*⁵.

Oltre a compiti tipicamente assistenziali nei confronti dei sopravvissuti, il medico ha il compito di constatare la morte delle persone rinvenute sul luogo del disastro e di coloro che vengono recuperati dai soccorritori nelle ore successive, al fine di interrompere le attività rianimatorie o, se le condizioni dell'evento lo rendono possibile, di accertarne il decesso nelle fasi del recupero per modificare le modalità operative dei soccorsi (ad esempio, velocizzare le operazioni se si recupera un cadavere piuttosto che un soggetto ancora in vita).

Nei disastri di massa si pone anche il problema della identificazione e della conservazione dei corpi che possono essere resi non riconoscibili dagli eventi traumatici o degradativi post-mortali. L'identificazione avviene ad opera di specialisti di vario genere, tra cui medici-legali, organizzati in gruppi di lavoro per la raccolta di dati dai corpi dei deceduti e dagli effetti personali, nonché per la raccolta di informazioni dai familiari delle persone scomparse, nei confronti dei quali deve essere fornito un adeguato supporto logistico e psicologico nell'attesa, talora non breve, di procedere al riconoscimento del proprio caro.

⁵ Lo Statuto è contenuto nel Decreto 18 marzo 1996 n.32, *Riconoscimento giuridico Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri libero professionisti*.

LE CATASTROFI NELLA REPUBBLICA DI S. MARINO

Nella sua lunga storia, la Repubblica di San Marino non ha mai subito, per sua fortuna, catastrofi naturali devastanti e letali. Dal suo passato non ci sono giunte particolari notizie su alluvioni rovinose, frane tragiche o terremoti esiziali.

Il territorio sammarinese ha conosciuto nel tempo fenomeni simili, ma mai a livelli tanto funesti da essere degni di ricordo. Le frequenti alluvioni nei secoli passati dei fiumi Ausa e San Marino, che scorrono sui confini dello Stato, al massimo hanno rovinato qualche appezzamento di terreno e le strade di comunicazione col circondario.

Le frane che ogni tanto sono accadute, a causa soprattutto del suolo calanchivo di ampie aree del territorio, e di condizioni climatiche che le hanno favorite, non hanno prodotto rovine particolarmente gravi, al di là di qualche abitazione danneggiata.

Anche i terremoti, che in alcune occasioni hanno fatto tremare pure il suolo sammarinese, non hanno determinato morti e feriti, come invece è accaduto in tante altre zone d'Italia.

Per la repubblica abbiamo tracce documentali di tali catastrofi nel 1741, nel 1875, nel 1916, ma solo il terremoto del marzo 1875 ha fatto crollare una casa che ha seppellito sotto le sue macerie per qualche tempo due giovani, senza tuttavia ucciderli.

Le catastrofi più tragiche per San Marino sono state di altra natura: le carestie, di cui vi sono ricorrenti tracce fino alla fine del XIX secolo, il tifo e il colera, malattie che periodicamente causavano decine di morti, la miseria con tutte le sue conseguenze, che ha caratterizzato la popolazione sammarinese fino alla prima metà del Novecento.

Altre catastrofi umanitarie, a cui però i Sammarinesi hanno sempre saputo far fronte con pazienza e accortezza, sono state quelle legate ai rifugiati sul suo territorio, in fuga da pericoli e minacce, e alla ricerca di un luogo dove potersi salvare.

Le più tragiche di queste catastrofi umanitarie furono senza dubbio lo scampo delle truppe garibaldine, che scappavano dal crollo della Repubblica Romana nel luglio del 1849, e il cosiddetto scampo dei 100.000 tra il 1943 e l'anno successivo.

Nel '49 furono circa 1.800 i garibaldini che penetrarono il territorio sammarinese, fiacchi e debilitati, con scarse speranze di sopravvivenza, incalzati incessantemente dalle armate austriache e papaline.

San Marino, pur con le scarsissime risorse di cui all'epoca disponeva, riuscì a sfamarli e a curarli, permettendo nei giorni seguenti ai più di tornare alle proprie case.

Più grave ancora fu lo scampo dei 100.000. Alla fine del 1943 in territorio sammarinese già si contavano 7.000 rifugiati in fuga dai bombardamenti sulla riviera romagnola e marchigiana. Raddoppiarono nel giro di pochi mesi per aumentare ancora a dismisura quando scoppiò l'offensiva sulla Linea Gotica.

Tutti i locali disponibili sul suolo sammarinese furono requisiti per i rifugiati, ma risultarono insufficienti a contenere tanta gente, per cui la maggior parte dovette sistemarsi come poté, andando a vivere nelle gallerie del treno Rimini - San Marino, non più in funzione, nelle grotte, o dove riuscirono a trovare una copertura con cui ripararsi.

Ovviamente i problemi igienici ed alimentari furono ingentissimi, ma i sammarinesi fecero fronte all'inattesa invasione come poterono, distribuendo con parsimonia il pane e quanto poteva servire alla sopravvivenza di tanta gente.

L'otto settembre 1944 il fuoco delle artiglierie distrusse le linee elettriche, per cui sopraggiunse anche il problema del funzionamento dell'illuminazione, delle macchine che provvedevano a macinare il grano e di quelle che fornivano al paese l'acqua potabile.

Per far fronte al problema, si riattivarono vecchi macchinari degli inizi del secolo, riducendo la quantità di pane pro-capite a 50 grammi: così si riuscirono a sfornare 70.000 razioni giornaliere, sufficienti per fornire un pezzo di pane a tutti. Quando avvenne il passaggio del fronte, fu stimato che in territorio dimorassero circa 100.000 individui.

Tutti riuscirono a salvarsi e a tornare a casa quando la situazione si normalizzò.

Ultimo episodio degno di menzione in questo elenco delle catastrofi sammarinesi fu il bombardamento aereo subito dalla repubblica il 26 giugno 1944, giorno in cui quattro squadroni di fortezze volanti inglesi scaricarono sul territorio sammarinese 263 bombe, provocando la morte immediata di 63 civili.

San Marino era paese neutrale, tuttavia l'aviazione inglese lo riteneva erroneamente in balia dei tedeschi.

BIBLIOGRAFIA

- Postpischl D. (a cura di), *San Marino e il terremoto*, Bologna 1991
- AA.VV., *Scritti Garibaldini*, San Marino 1982
- Conti M. C., *La neutralità violata*, San Marino 1999
- Casali V., *Manuale di storia sammarinese*, San Marino 2012

I PRINCIPI BIOETICI NELLE DIVERSE FASI DELLE CATASTROFI

Negli eventi emergenziali ogni operatore è chiamato a compiere scelte eticamente molto difficili.

Se nello svolgimento delle professioni sanitarie il rapporto con il paziente è regolato da un insieme di norme e principi etici, volti a garantire il rispetto dei diritti e della dignità di ciascuna persona assistita, in una situazione di catastrofe, a causa della freneticità degli eventi e delle scarsissime risorse a disposizione, non solo è difficile instaurare un rapporto umano adeguato alla drammaticità dell'accaduto, ma possono venir messi in discussione alcuni capisaldi fondamentali dell'etica professionale di ciascun operatore.

Le considerazioni bioetiche in ambito di Disastri e di Maxi-emergenze partono dal rispetto di alcuni fondanti valori etici di riferimento:

- **l'inviolabilità della vita umana** come valore fondamentale della persona;
- **il principio di beneficiabilità/non maleficenza o principio terapeutico**, in base al quale è lecito intervenire sulla persona solo se vi è un positivo rapporto rischio/beneficio, al fine di evitare ogni indebito accanimento;
- **il principio di autonomia, libertà/responsabilità**, in base al quale, in caso di interventi con alta presenza di rischio, è lecito intervenire sulla persona da trattare, ove possibile, dopo averne ottenuto il consenso;
- **il principio di giustizia, solidarietà/sussidiarietà**, secondo cui a ciascuna persona assistita va riconosciuta la fondamentale uguaglianza in termini di dignità e diritti, affinché sia garantito uguale accesso alle risorse dedicate alla prevenzione, alla cura e all'assistenza, senza distinzioni di razza, genere, condizione socio-economica, credo religioso, nella prospettiva di una giusta distribuzione dei benefici, dei rischi e dei costi.

Tali principi devono supportare tutte le fasi di ogni evento critico e concorrono a delineare profili di responsabilità etica, giuridica e medico-legale di tutti gli operatori impegnati nel soccorso.

LA FASE DI PRE-EMERGENZA

Particolarmente delicata e accurata, prevede la prevenzione, la pianificazione dei soccorsi, l'allocazione delle risorse e, soprattutto, la formazione del personale. Tanto maggiore sarà la cura di questa prima fase, tanto più sarà possibile operare con la massima efficienza ed efficacia, nel rispetto dei principi etici.

Le responsabilità etiche e medico-legali in questa fase non riguardano quindi solamente gli operatori del soccorso, ma investono anche i decisori. Ad esempio, nel predisporre un piano di emergenza intraospedaliero, si deve tener conto dei pazienti non autosufficienti che possono essere penalizzati da procedure di evacuazione che non prevedano il supporto da parte del personale di reparto.

Allo stesso modo, un sistema di soccorso extra-ospedaliero che non preveda un preciso programma di formazione per il personale, comporta una grave responsabilità etica e giuridica, poiché una insufficiente preparazione sottopone a maggior rischio non solo le vittime, ma anche gli operatori stessi.

Tuttavia bisogna considerare che gli operatori hanno il diritto di porsi in salvo senza rischiare la vita per aiutare i ricoverati. Non disponendo di operatori qualificati immediatamente disponibili (Vigili del Fuoco), da una parte non è eticamente accettabile richiedere loro di compiere gesti che possano provocare rischi per la loro vita, dall'altra non è eticamente accettabile ipotizzare di lasciare al proprio destino i malati che non possono fuggire.

Va evidenziato che gli operatori sono sempre più impegnati in contesti di interculturalità, sia per le differenti collocazioni geografiche in cui potrebbero agire, sia per la presenza sullo stesso suolo nazionale di popolazione con differente etnia, cultura e religione, sia per particolari caratteristiche delle persone da assistere (persone con disabilità, anziani, bambini, etc.).

LA FASE DI EMERGENZA

È la fase di maggiore criticità, in cui ogni operatore deve mettere in atto con professionalità quanto appreso nella fase precedente.

L'attribuzione della priorità dei trattamenti da effettuare e delle vittime da trattare non può non tener conto dei principi etici fondamentali, che si concretizzano in una corretta applicazione del *triage*, con cui si cerca di ottimizzare l'allocazione delle risorse.

La formazione degli operatori deve riguardare anche l'approccio alle vittime che comportano una gestione difficile ed eticamente critica: quelle persone che in un contesto "ordinario" non avrebbero difficoltà ad essere trattate, curate e guarite, ma che nel contesto "straordinario" dell'emergenza, non possono essere né trattate, né salvate per assenza di attrezzature e personale specifico.

Sono queste le vittime che obbligano l'operatore ad una scelta lacerante e a cui deve essere preparato con una scrupolosa e approfondita formazione. La decisione di non trattare questa tipologia di vittime, se assunta nel rispetto delle indicazioni del *triage*, non può essere considerata una violazione dei principi etici fondamentali, in quanto, in situazioni di "straordinarietà" e in particolare nelle prime ore dell'emergenza, l'operatore può e deve utilizzare le limitate risorse a disposizione per le vittime che, in quel contesto, possono essere trattate efficacemente e che, pertanto, hanno maggiori possibilità di salvezza.

Unico parametro di scelta è la corretta applicazione del *triage*. Ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il genere, l'appartenenza sociale o etnica, la disabilità, è eticamente inammissibile, in quanto attuerebbe una graduatoria tra vite solo in apparenza più o meno degne di essere vissute, costituendo una inaccettabile violazione dei diritti umani.

Tuttavia, anche nel rispetto delle regole del *triage*, vi è una categoria di vittime che pone gli operatori sanitari di fronte a profondi dilemmi etici e deontologici: la categoria definita "codice blu"

o “*urgences dépassées*”, che raccoglie quelle vittime ancora in vita, ma in condizioni così compromesse da non lasciar intravedere reali speranze di sopravvivenza (si pensi a pazienti con ustioni su gran parte della superficie corporea o con lesioni estremamente gravi).

La decisione non può che scaturire da una sintesi tra un giudizio strettamente medico sulle possibilità di sopravvivenza delle vittime, una valutazione sulle risorse prontamente disponibili e su quelle rapidamente attivabili, ed un atteggiamento di umana compassione e rispetto per coloro destinati inevitabilmente a morire.

Per le vittime “non trattabili” in un contesto di emergenza, la loro dignità deve essere rispettata nel separarli dalle altre vittime, nel sedarli per alleviare il dolore e la sofferenza, con particolare riguardo alle persone più vulnerabili, come i bambini.

In questi casi risulta davvero difficile stabilire se la soluzione individuata può essere ritenuta accettabile da un punto di vista etico; tuttavia decisioni di questo tipo, per quanto difficili, sono spesso inevitabili in un contesto di catastrofe.

L’imperativo etico, tuttavia, impone agli operatori di trattare sempre ogni vittima nel rispetto della sua dignità, che non può essere mai omessa, neanche in situazioni di emergenza.

L’Associazione Medica Mondiale⁶ si è espressa in tal senso raccomandando che l’intervento del medico avvenga senza discriminazioni e senza attendere la richiesta d’aiuto, adattando l’intervento secondo le differenze culturali e religiose delle vittime, ottenendo, ove possibile, il consenso prima degli interventi in emergenza e garantendo sempre la riservatezza.

Tuttavia, nella necessità di dover intervenire rapidamente, essendo la decisione dell’operatore sanitario presa nell’unico interesse del bene del paziente, procedere senza il consenso o senza il preventivo coinvolgimento dei congiunti è ritenuto accettabile dal punto di vista etico.

In questa fase la responsabilità etica, giuridica e medico-legale degli operatori può delinearsi anche nei rapporti con “terzi soggetti”, come, ad esempio, la scelta delle informazioni da rilasciare ai mezzi di comunicazione e della relativa tempistica, il rispetto del segreto su alcune situazioni che potrebbero mettere a repentaglio la sicurezza delle vittime (si pensi a emergenze in zone di guerra).

L’operatore sanitario è tenuto a non rivelare ad altre persone ciò di cui viene a conoscenza sulle persone assistite, se non per comunicazioni professionali con colleghi inerenti ai casi clinici.

Ciò è sancito dalla legge e dal codice deontologico. Tuttavia, anche nel difficile contesto dei disastri, la tutela della privacy deve essere garantita da tutti i componenti del sistema dei soccorsi, affidando

⁶ World Medical Association Statement on *Medical Ethics in the event of disasters* (Stockolm, September 1994), in *Bulletin of Medical Ethics*, 1994, 102.

il compito di rilasciare notizie ad un responsabile per le pubbliche relazioni, già identificato nella prima fase.

Gli operatori hanno la precisa responsabilità etica di tutelare i diritti e la dignità delle vittime loro affidate, anche nel rispetto delle differenze culturali e religiose, che devono essere ben conosciute dagli operatori fin dalla prima Fase.

LA FASE DI POST-EMERGENZA

Questa fase comporta un'attenta analisi di tutti gli elementi caratterizzanti il disastro, ai fini della pianificazione e della programmazione delle azioni future, che contribuiscono alla formazione continua di tutti gli attori in gioco in questo settore.

È proprio sulla formazione continua di tutti gli attori operanti nel campo dei disastri che si fonda la grande responsabilità etica e giuridica dei soccorritori e dei decisori.

Programmi di insegnamento curriculare o integrativo per le differenti professionalità (in primis medici, infermieri, operatori del soccorso, psicologi, architetti, ingegneri, decisori) non possono essere più procrastinati e costituiscono l'anello di congiunzione tra questa fase e quella di pre-emergenza, in un *continuum* che deve coinvolgere anche la cittadinanza e contribuire alla realizzazione dell'obiettivo principe di salvare il maggior numero di vite.

PARTICOLARI CATEGORIE DI VITTIME

I CADAVERI

Vi sono precise indicazioni etiche che obbligano gli operatori al rispetto dei cadaveri, attraverso la conservazione e la protezione della loro integrità, nell'evitare che i viventi possano procurare pregiudizio o vilipendio ai corpi prima e dopo la sepoltura, o alle ceneri in caso di cremazione.

Tutte le legislazioni riconoscono dignità e protezione dei cadaveri sanzionando atti e comportamenti che offendono il sentimento di pietà che la collettività prova nei confronti dei defunti.

Questo sentimento è tanto più forte quando ci si trova di fronte a morti violente ed inattese dovute a disastri di massa di qualsiasi origine, che coinvolgono intere comunità con adulti e bambini.

Il rispetto del cadavere, *res sacra* ed *extra commercium*, deriva dalla dignità che si riconosce alla persona in vita e ha permeato tutta la storia dell'umanità, fin dalle prime forme di vita sociale di cui si ha testimonianza.

Inoltre, una manipolazione e gestione dei corpi che non rispetti la dignità dell'essere umano potrebbe ulteriormente traumatizzare i parenti delle vittime e dovrebbe pertanto essere evitata nel modo più assoluto.

Il personale coinvolto a vario titolo nella gestione dei cadaveri, dovrà farlo con la massima cura, nel rispetto dei principi etici e dei diversi sentimenti religiosi e culturali, a cui gli operatori devono essere preparati sin dalla prima fase⁷.

I corpi delle vittime devono essere recuperati e restituiti alle famiglie, a meno che non vi siano motivazioni di ordine igienico-sanitario che impongano la rapida sepoltura a difesa della salute della collettività.

Prima della restituzione alle famiglie, ogni vittima recuperata, unitamente agli oggetti personali che possono essere utili nel processo di identificazione in caso di alterazioni dei tratti fisici, deve essere sottoposta alle procedure di identificazione, di rilevazione del quadro lesivo e di accertamento della causa e dell'epoca della morte.

La certezza dell'identità della vittima corrisponde al diritto dei familiari di avere il corpo od i resti della persona cara, di attestarne il decesso a fini civilistici per successioni ereditarie, riconoscimento dello stato vedovile, indennizzo di polizze assicurative, ed altro.

⁷ Morgan O., Tidball-Binz M., Van Alphen D., *Management of Dead Bodies in Disaster Situations: A Field Manual for First Responders*, Pan American Health Org, 2006.

L'epoca del decesso oltre che essere utile per stabilire le circostanze dell'evento, può avere rilievo tra consanguinei coinvolti nello stesso evento, ma deceduti in tempi diversi, potendosi concretizzare situazioni di premorienza/commorienza con riflessi di rilievo sugli assi ereditari.

Il riscontro del quadro lesivo è utile per definire la causa di morte delle vittime e per le indagini svolte dagli inquirenti sulla causa del disastro (si pensi ad esempio alla identificazione di lesioni tipiche da esplosivi, oppure al recupero del materiale deflagrante dalle lesioni stesse), nonché per la valutazione della responsabilità di eventuali persone coinvolte nella causazione dell'evento e che saranno perseguite penalmente e civilmente.

Queste operazioni possono richiedere anche diversi giorni, durante i quali le salme non sono a disposizione dei familiari e la conservazione dei corpi è garantita in ambienti refrigerati al fine di ritardare il più possibile i fenomeni di degradazione post-mortale.

Restituire identità ai cadaveri è l'atto più estremo per riconoscere la dignità della persona, soprattutto nei disastri di origine non naturale o violenta, come attentati terroristici, incidenti aerei, ed altri della stessa natura, in cui si possono verificare gravi lesioni ai corpi con depezzamento ed ulteriori fenomeni disgregativi.

In tali situazioni, il compito di espletare le indagini va affidato ad appositi team di diverse professionalità, tra cui la genetica forense riveste un ruolo fondamentale, in quanto solo l'esame del DNA consente di ricostruire un'identità ai numerosi frammenti corporei recuperati⁸.

I SOPRAVVISSUTI

La gestione dei sopravvissuti, particolarmente delicata, richiede una competenza multidisciplinare che comincia dagli operatori e prosegue poi con il personale sanitario.

Una morte traumatica è una morte inattesa. L'eventuale scomparsa o distruzione del corpo non facilita l'accettazione della realtà.

La depressione legata alla separazione irreversibile può non manifestarsi mai perché mascherata dalla negazione della perdita, oppure può trasformarsi in depressione cronica.

Le persone che insieme hanno corso il rischio di morire, pur non conoscendosi, possono vivere un'elaborazione del lutto accentuata dal senso di colpa dell'essere sopravvissuto.

Ma prima dell'elaborazione del lutto è necessario affrontare lo shock di essere sfuggiti alla morte.

⁸ Nel caso del disastro delle Torri Gemelle di New York furono recuperati diverse decine di migliaia di parti corporee, anche di minime dimensioni, che sono state assegnate, tramite questa analisi, alle oltre 2700 persone che persero la vita nel disastro.

È necessario che l'operatore sia preparato ad una primissima gestione dei sopravvissuti e che si preveda un supporto psicologico precoce, poiché le conseguenze del lutto post-traumatico possono prolungarsi per tutta la vita e colpire persino le altre generazioni⁹.

È necessario pertanto conoscere e riconoscere le reazioni psichiche e fisiche che derivano da questi traumi.

Non essendo possibile prevenire un trauma in modo primario, cioè evitando che questo accada, si può nondimeno offrire alla popolazione ed agli addetti ai lavori le adeguate informazioni, il sostegno e le strategie di intervento per limitare l'insorgenza dei danni che ne derivano.

La fondamentale importanza di questo intento deriva dalla certezza che un trauma viene elaborato a livello individuale in modo migliore a seconda delle caratteristiche proprie di personalità e di resilienza¹⁰, ma anche del sostegno offerto dall'ambiente circostante, in base a quella che viene inquadrata come "rete" sociale.

Per i sopravvissuti che a causa di eventi calamitosi vivranno in condizioni di disabilità il problema non è solo quello di affrontare la situazione di trauma, bensì aiutarli a definire una nuova strategia di vita che rinforzi le competenze e le capacità di queste persone¹¹.

EMERGENZA E PERSONE CON DISABILITÀ

Il tema dell'emergenza riguarda anche le persone con disabilità soprattutto in due aree di attività: gli interventi in situazioni di emergenza a causa di catastrofi naturali ed umane e quello di interventi di emergenza per le condizioni di salute.

SITUAZIONI DI EMERGENZA A CAUSA DI CATASTROFI NATURALI ED UMANE

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha calcolato che a livello mondiale la popolazione con disabilità ammonti a circa un miliardo (il 15% dell'intera popolazione)¹²,

⁹ Bacqué M.F., *Deuils et traumatismes, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 164, Issue 4, June 2006.

¹⁰ Resilienza significa "elasticità", "flessibilità", piuttosto che "resistenza", cioè si riferisce ad un insieme di variabili moderatrici e protettrici che possono ridurre l'impatto di eventi così permettendo il minimo di effetti negativi a lungo termine (Dèttore e Fulgini, 1999).

¹¹ Un buona esperienza è stata realizzata in Palestina dalla ONG EducAid in collaborazione con la Rete italiana disabilità e sviluppo (RIDS) di formare peer counsellors dell'emergenza per le persone con disabilità nella striscia di Gaza. Barbuto R., Ferrarese V., Griffo G., Napoletano E., Spinuso G. *Peer Consulling. From victims of history to protagonists of the life*. Lamezia Terme (CZ), Comunità Edizioni, 2006.

¹² World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva, World Health Organization, 2011. La gran parte delle persone con disabilità (più dell'80%) vive nei paesi in cerca di sviluppo. L'Unione europea calcola che tra i suoi cittadini 80 milioni vivono una condizione di disabilità.

Considerando i dati forniti dall'IDMC (*Internal Displacement Monitoring Center*¹³) nel 2015, il 15% dei 68,6 milioni di sfollati ammonta a circa 10,3 milioni di persone con disabilità (il calcolo tiene conto che le persone con disabilità muoiono con maggiori probabilità in caso di disastro, ma che il numero dei feriti in conseguenza di eventi calamitosi e guerre fa salire l'incidenza di queste persone sulla popolazione sopravvissuta).

Questa popolazione è fortemente disomogenea, essendo la disabilità dipendente da fattori sociali, da fattori ambientali e, infine, da fattori individuali. Inoltre, anche la tipologia di condizioni di disabilità è molto variegata, con differenze di tipo sensoriale, di mobilità e di capacità intellettive e relazionali. I dati statistici raccolti in seguito al terremoto e allo tsunami in Giappone del 2011, dimostrano la particolare vulnerabilità delle persone con disabilità, con un tasso di mortalità doppio (2,06%) rispetto a quello per la popolazione generale (1,03%).¹⁴

Da pochi anni a livello internazionale si è evidenziata la problematica dell'inclusione delle persone con disabilità nelle azioni per fronteggiare catastrofi naturali, tecnologiche, conflittuali e sociologiche. Dalla guerra in Kosovo, allo Tsunami in Indonesia, fino a più recenti situazioni di emergenza per terremoti e tifoni (tendenti ad aumentare annualmente a causa delle forti variazioni climatiche), si è venuta a creare la consapevolezza che per intervenire a favore di questa parte della popolazione è necessario ridefinire modalità di funzionamento dei servizi di emergenza e attivare una formazione altamente specifica per gli operatori del settore (soccorso tecnico e sanitario).

La Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità delle Nazioni Unite¹⁵ (2006), ormai ratificata da 172 paesi nel mondo tra cui l'Unione Europea (il 21/1/2011) e 27 paesi membri dell'UE (S. Marino ha ratificato la CRPD il 4 febbraio 2008), ha sottolineato che la condizione di disabilità è prodotta da condizioni ambientali e sociali (art. 1)¹⁶ ed è compito degli Stati rimuovere ogni discriminazione per garantire nel contempo pari opportunità a queste persone (art. 5).

In particolare l'Articolo 11 (*Situazioni di rischio ed emergenze umanitarie*) così recita:

“Gli Stati Parti adottano, in conformità agli obblighi derivanti dal diritto internazionale, compreso il diritto internazionale umanitario e le norme internazionali sui diritti umani, tutte le misure

¹³ Si veda: <http://www.internal-displacement.org/>. Gli sfollati per violenze e conflitti sono circa 8,6 milioni e quelli per disastri naturali ed umani circa 19,2 milioni, gli sfollati interni per conflitti e violenza ammontano a 40,8 milioni, il che fa la cifra totale di circa 68,6 milioni di persone che necessitano di interventi umanitari.

¹⁴ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*, 2013, pag. 9.

¹⁵ Si veda il sito delle Nazioni Unite: <http://www.un.org/disabilities/>. La versione italiana della Convenzione è disponibile sul sito : <http://www.governo.it/backoffice/allegati/42085-5202.pdf>.

¹⁶ Si veda la definizione di disabilità della CRPD: “la disabilità è il risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri” (preambolo e).

necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, incluse le situazioni di conflitto armato, le emergenze umanitarie e le catastrofi naturali”.

Una serie di riflessioni internazionali e di strumenti tecnici sono stati definiti a livello internazionale. Il documento di riferimento principale è la *Carta di Verona - sul salvataggio delle persone con disabilità in caso di disastri* (2007), che illustra in maniera completa i principi generali a cui attenersi¹⁷.

Altri documenti in Europa sono stati elaborati¹⁸ permettendo così di affrontare in maniera appropriata le differenti situazioni. L'elemento culturale di queste nuove strategie è di passare dall'approccio umanitario all'approccio basato sui diritti umani.

Alla *Carta di Verona* è poi seguito il “*Sendai framework for disaster risk reduction*”, approvato dalla Conferenza mondiale dell'Onu tenutasi in Giappone nel marzo del 2015¹⁹, e la “*Charter of inclusion of persons with disabilities in humanitarian action*”, approvata al Summit umanitario mondiale di Istanbul (maggio 2016)²⁰.

¹⁷ La Carta di Verona è scaricabile dal sito web <http://internazionali.ulss20.verona.it/docs/projects/rdd/cartadiverona.pdf>.

¹⁸ Si veda bibliografia allegata.

¹⁹ Si veda: http://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframefordrren.pdf.

²⁰ Si veda: <https://www.worldhumanitariansummit.org/sites/default/files/keydocuments/SS02%20Disabilities.pdf>.

Varie sono state altre iniziative europee e che si sono occupate di questa tematica, dell'Unione Europea²¹ e del Consiglio d'Europa²².

Elemento critico risulta soprattutto il primo soccorso nelle varie sue fasi: i sistemi di allerta che spesso escludono le persone sorde o cieche, il triage che non tiene conto delle condizioni di disabilità, la mancanza di una mappatura rispettosa della privacy delle condizioni abitative e di autonomia delle persone in caso di evacuazione, la prima assistenza che spesso non è fatto da personale adeguatamente formato, l'evacuazione realizzata con mezzi poco accessibili, la prima accoglienza che non è programmata per essere accessibile sia nei luoghi di ricovero, sia nei campi di raccolta degli sfollati, le dotazioni dei servizi che raramente tengono conto delle esigenze delle persone con disabilità, lo scarso coinvolgimento delle associazioni nel disegno, intervento e gestione delle varie fasi dell'emergenza e l'inadeguata inclusione di questa fascia di cittadini nei piani di prevenzione dell'emergenza.

²¹ Il Parlamento Europeo nella risoluzione del 4 settembre 2007 sui disastri naturali estivi al punto 19 recita: *“Si sottolinea la necessità di avere speciale assistenza in caso di disastri naturali per gli specifici bisogni delle persone con disabilità in tutte le azioni che coinvolgano i meccanismi di Protezione Civile”*.

Anche la Risoluzione del Parlamento Europeo sul *Consenso Europeo sugli aiuti umanitari*, firmato dai Presidenti della Commissione, Consiglio e Parlamento Europeo il 18 dicembre 2007, sottolinea al punto 17 la necessità di tenere in particolare considerazione, in caso di risposta alle esigenze umanitarie, le persone con disabilità ed i loro bisogni specifici, tema ripreso nel punto 39 del *Consenso Europeo sugli aiuti umanitari*.

Lo studio promosso dalla DG-SANCO nel 2010 sulla cooperazione internazionale e le persone con disabilità (art. 32 della CRPD), ha sottolineato il ruolo che può svolgere DG-ECHO, come maggior donatore mondiale, nell'ambito degli aiuti umanitari e di emergenza. Interfacciando con agenzie internazionali, con NGO e agenzie degli stati membri, DG-ECHO potrebbe indirizzare i fondi che eroga, attraverso apposite linee guida, in modo da tener conto delle differenti esigenze dei gruppi vulnerabili, tra cui le persone con disabilità, come indicato dal *Consenso Europeo sugli aiuti umanitari*.

Nella Strategia europea sulla disabilità (2010-20) al punto 8 (azioni esterne) viene indicato: *“La Commissione farà opera di sensibilizzazione sulla Convenzione dell'ONU e sui bisogni delle persone disabili, anche in materia di accessibilità, nel settore dell'aiuto d'urgenza e dell'aiuto umanitario; essa consoliderà la rete dei corrispondenti per la disabilità e sensibilizzerà maggiormente le delegazioni dell'UE alle questioni relative alla disabilità; essa assicurerà che i paesi candidati e potenzialmente candidati rinforzino i diritti delle persone disabili e farà sì che gli strumenti finanziari degli aiuti pre-adesione siano utilizzati per migliorare la loro situazione”*. Nelle Azioni chiave che accompagnano il punto 8 viene indicato che bisogna *“Assicurare che i bisogni specifici delle persone con disabilità, incluso coloro che diventano disabili in conseguenza di disastri naturali e causati dall'uomo, siano correttamente valutati e assistiti nell'area dell'emergency e degli aiuti umanitari anche al di fuori dell'UE”*.

Nel corso del 2015, sotto la presidenza lettone, il Consiglio europeo ha adottato il documento *“Council conclusions on disability-inclusive disaster management”* che ha definito le azioni degli stati e della Commissione europea per garantire che gli interventi di emergenza includano i bisogni delle persone con disabilità. (Si veda il sito web: http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?amp;typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-6450-2015-INIT.)

²² Il Consiglio d'Europa è impegnato nella redazione di linee guida su *“Disability Inclusive Disaster Risk Reduction”*, sulla base dell'accordo EUR-OPA, che è sfociato nel 2014 nelle *“Guidelines and Recommendations on Including People with Disabilities in Disaster Preparedness and Response”*, sulla base di un lavoro di consultazione con tutte le istituzioni competenti e la società civile.

Il primo documento elaborato da uno Stato in tema di aiuti umanitari e disabilità è stato definito dall'Italia nel 2015²³.

I principi essenziali per intervenire in questo settore sono:

- a) includere le persone con disabilità all'interno della progettazione, organizzazione e realizzazione degli interventi in caso di disastro naturale ed umano e di aiuto umanitario, raccogliendo informazioni utili per intervenire in maniera appropriata e rispettosa dei diritti umani;
- b) garantire che tutti gli interventi siano accessibili a tutte le persone coinvolte in un evento catastrofico;
- c) coinvolgere le associazioni competenti di persone con disabilità nella progettazione, organizzazione e realizzazione degli interventi;
- d) definire gli indicatori che consentano di raccogliere ed elaborare dati relativi al coinvolgimento delle persone con disabilità in disastri naturali ed umani;
- e) formare gli operatori dei servizi di emergenza con competenze appropriate e specifiche per garantire pari opportunità e non discriminazione alle persone con disabilità coinvolte in situazioni di emergenza.

INTERVENTI DI EMERGENZA OSPEDALIERA PER PERSONE CON DISABILITÀ

Anche nel campo degli interventi di emergenza ospedaliera si individuano situazioni problematiche per le persone con disabilità.

Secondo l'articolo 25 (Salute) della Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità delle Nazioni Unite (2006) gli stati dovrebbero *“fornire servizi sanitari gratuiti o a costi accessibili, che coprano la stessa varietà e che siano della stessa qualità dei servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone (...) fornire i servizi sanitari di cui hanno necessità proprio in ragione delle loro disabilità, compresi i servizi di diagnosi precoce e di intervento d'urgenza, e i servizi destinati a ridurre al minimo ed a prevenire ulteriori disabilità”, “richiedere agli specialisti sanitari di prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona con disabilità coinvolta”*.

Purtroppo la pratica di trasferire le competenze sanitarie su persone con disabilità a specialismi sin dal primo apparire della patologia produce una diffusa mancanza di conoscenza delle condizioni di salute di queste persone, sia sul proprio territorio di vita²⁴ sia all'interno dei servizi di emergenza

²³ Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale. *Aiuti umanitari e disabilità. Vademecum*. Roma, Cooperazione italiana allo sviluppo-MAECI, 2015: http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/PDGCS/Documentazione/Vademecum_Definitivo_23.11.2015.pdf.

²⁴ Infatti spesso i medici di medicina generale come i pediatri, etc. non hanno specifiche formazioni sulla correlazione tra condizioni fisiche ed intellettive invalidanti e interventi in emergenza sanitaria. La pratica di trasferire il paziente,

ospedaliera. Infatti alla presenza di alcune patologie spesso si associano particolari condizioni di rischio la cui conoscenza è essenziale in interventi di emergenza sanitaria: per esempio a persone con miodistrofia muscolare è controindicato effettuare l'anestesia totale. Spesso l'appropriatezza degli interventi in presenza di multipatologie richiede una cautela non necessaria per altri pazienti, come il caso di compresenza di problemi respiratori, cardiaci, dismetabolici. Anche la definizione di codici legati alla tipologia di urgenza degli interventi risultano insufficienti per trattare molte di queste situazioni complesse.

Altro fattore di problematicità sono gli interventi su persone con disabilità intellettiva, che richiedono una particolare attenzione nella relazione comunicativa con i pazienti. Non a caso in alcuni ospedali sono state attivate particolari équipe adeguatamente formate per trattare pazienti con queste caratteristiche²⁵.

La Carta sui Diritti delle Persone con Disabilità in ospedale²⁶ è ulteriore strumento che fornisce indicazioni sui comportamenti da tenere nei servizi ospedalieri per rispettare i diritti umani di queste persone.

Va segnalato anche una carenza nel disegno di strumenti diagnostici poco accessibili a persone in sedia a rotelle (strumenti per radiografie, TAC, etc.), che ne rendono più complicato l'utilizzo.

Le indicazioni essenziali per intervenire in questo settore sono:

- a) fornire la stessa qualità di servizi ed interventi previsti per tutti i cittadini
- b) identificare un codice di paziente con disabilità in emergenza che ha bisogno di una particolare trattamento legato alle sue condizioni di salute;
- c) una formazione curriculare ed un aggiornamento continuo del personale dei servizi di emergenza sulle patologie che producono condizioni di disabilità;
- d) la creazione di équipe ospedaliere adeguatamente formate per affrontare sia i pazienti con disabilità intellettiva sia le patologia singole o multiple associate alle diverse condizioni di disabilità;
- e) la sensibilizzazione delle ditte produttrici di strumenti diagnostici per rendere le apparecchiature più accessibili a particolari condizioni di disabilità motoria.

alla prima insorgenza di una condizione invalidante, ad un medico specialista delega a quest'ultimo qualsiasi intervento, impoverendo la capacità di intervento ordinario dei servizi territoriali.

²⁵ Si veda progetto DAMA dell'ospedale S Paolo di Milano: http://www.progettodama.it/DAMA/Home_Page.html . Il progetto è poi stato trasferito a Mantova e Varese. Si veda: <http://www.ledha.it/page.asp?menu1=5&menu2=17>.

²⁶ Si veda: http://www.spescontraspem.it/documenti/articoli/114_allegato1.pdf.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander D., Sagramola S. *Major hazard and persons with disabilities. Their involvement in disaster preparedness and response*. Strasbourg, European and Mediterranean Major Hazards Agreement (EUR33OPA), Council of Europe, 2014. https://www.ucl.ac.uk/igh/research/a-z/related-docs-images/kelman-ref_2014_CoE_Alexander_and_Sagramola_EN_.pdf
- *La Carta sui Diritti delle Persone con Disabilità in Ospedale*, Spes contra spem, 2014.
- http://www.spescontraspem.it/documenti/articoli/114_allegato1.pdf.
- *Children With Disabilities in the Context of Disaster: A Social Vulnerability Perspective* by L. Peek and L. M. Stough. Child Development, July/August 2010, Volume 81, Number 4, Pages 1260–1270.
- *Conclusion on refugees with disabilities and other persons with disabilities protected and assisted* by UNHCR. No. 110 (LXI) – 2010. EXCOM Conclusions, 12 October 2010. <http://www.unhcr.org/4cbeb1a99.html>
- Council of Europe, “*Council conclusions on disability-inclusive disaster management*”, 12 marzo 2012. http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=S-T-6450-2015-INIT
- *Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction and Emergency Situations*. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1546>
- *Disaster Case Management and Individuals With Disabilities* by L.a M. Stough, A. N. Sharp, C. Decker and N. Wilker. Rehabilitation Psychology 2010, Vol. 55, No. 3, 211–220.
- *Effective Emergency Management: Making Improvements for Communities and People with Disabilities* by National Council on Disability. August 2009. <http://www.ncd.gov/publications/2009/Aug122009>
- European Council, *Council conclusions on disability-inclusive disaster management*, 13.3.2015
- http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=S-T-6450-2015-INIT.
- EXCOM Conclusions. *Conclusion on refugees with disabilities and other persons with disabilities protected and assisted* by UNHCR., No. 110 (LXI), 12 October 2010. <http://www.unhcr.org/4cbeb1a99.html>
- Flanagan, Barry E.; Gregory, Edward W.; Hallisey, Elaine J.; Heitgerd, Janet L.; and Lewis, Brian (2011) “*A Social Vulnerability Index for Disaster Management*,” *Journal of Homeland Security and Emergency Management*: Vol. 8: Iss. 1, Article 3. <http://www.bepress.com/jhsem/vol8/iss1/3>
- *Guideline on inclusive disaster risk reduction : early warning and accessible broadcasting* by Betty Dion and Aqeel Qureshi of GAATES in collaboration with the Asia Pacific Broadcasting Union and the Asia Disaster Preparedness Centre. S.I., UN ESCAP, 2014.

- Handicap International. *Emergencies and disability*. Source (International online resource centre on disability and inclusion). <http://www.asksource.info/topics/humanitarian/emergencies-and-disability>
- Handicap International. *Mainstreaming disability into disaster risk reduction: a training manual*. Nepal, Handicap international Nepal, 2009. <http://www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DisasterRiskReduc.pdf>
- [Human Rights and Development: Disabled people in post conflict & post disaster](#). by Marco Nicoli, American University, May 25, 2006.
- *Impact of climate change on people with disabilities*. Report of e-discussion hosted by the Global partnership for disability and development (GPDD) and the World Bank (Human development network-Social protection/Disability and development team), July 8 2009. [http://www.cbm.org/article/downloads/82788/E-discussion on climate change and disability.pdf](http://www.cbm.org/article/downloads/82788/E-discussion%20on%20climate%20change%20and%20disability.pdf)
- *International Conference: Disasters are always inclusive. Persons with Disabilities in Humanitarian Emergency Situations*. Bonn, 7 - 8 November, 2007. http://www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/bonn_declaration.pdf
- Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale. *Aiuti umanitari e disabilità*. *Vademecum*. Roma, Cooperazione italiana allo sviluppo-MAECI, 2015.
- Ministero dell'Interno. Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile. *Il soccorso alle persone disabili: indicazioni per la gestione dell'emergenza*. Roma, Servizio Documentazione e Relazioni Pubbliche, 2004.
- Ministry of infrastructure, transport and networks-Earthquake planning and protection organisation. *Learniong about earthquakes and protection measures. Guideline for people with disabilities*. Athens, founded by operational program Politeia, 2011.
- National Council on Disability. *Effective Emergency Management: Making Improvements for Communities and People with Disabilities*, August 2009. <http://www.ncd.gov/publications/2009/Aug122009>
- Ospedale S. Paolo di Milano, *Progetto DAMA*. http://www.progettodama.it/DAMA/Home_Page.html
- Parlamento Europeo, *Risoluzione del sull'attuazione del consenso europeo sull'aiuto umanitario: bilancio di metà percorso del suo piano d'azione e prospettive future*, firmato dai Presidenti della Commissione, Consiglio e Parlamento Europeo, 18 gennaio 2011. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0005+0+DOC+XML+V0//IT>
- *Persons with disabilities in emergency situations. Handbook for international emergency response operations personnel*. S.L., Swedish Rescue Services Agency, s.d.
- Sargeant Malcolm. *Le persone vulnerabili in caso di catastrofi naturali, ambientali e tecnologiche*. Diritto delle Relazioni Industriali, fasc.3, 2014, pag. 620
- S.L., Swedish Rescue Services Agency, s.d.. *Persons with disabilities in emergency situations. Handbook for international emergency response operations personnel*.

- *Sendai framework for Disaster Risk Reduction*, WCDRR marzo 2015. [http://www.wcdrr.org/uploads/Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030.pdf](http://www.wcdrr.org/uploads/Sendai_Framework_for_Disaster_Risk_Reduction_2015-2030.pdf)
- Unione Europea, *Consenso Europeo sugli Aiuti Umanitari*, firmato dai Presidenti della Commissione, Consiglio e Parlamento Europeo il 18 dicembre 2007 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale dell'UE il 30.1.2008 (2008/C 25/01). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=URISERV%3Aah0009>
- US National Council on Disabilities. *Saving Lives: Including People with Disabilities in Disaster Planning*, April 15, 2005.
- *Variations in Disaster Preparedness by Mental Health, Perceived General Health, and Disability Status* by Eisenman D.P, Qiong Zhou, Ong M, Asch S, Glik D. and A. Long, in *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*/ Volume 3 / Issue 01 / March 2009, pp 33-41. <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8844552>
- "VERONA CHARTER" on the rescue of persons with disabilities in case of disasters. Declaration of the participants in the Consensus Conference held in Verona on 8-9 November 2007. <http://www.eena.org/ressource/static/files/Verona%20Charter%20approved.pdf>
- Women's Refugee Commission. *Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations*, June 2008.
- World Humanitarian Summit, "Charter of inclusion of persons with disabilities in humanitarian action", Istanbul, may 2016. <https://www.worldhumanitariansummit.org/sites/default/files/keydocuments/SS02%20Disabilities.pdf>
- WHO, *Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health*, 2013. (pag. 9). <http://who.int/hac/techguidance/preparedness/disability/en/>
- United Nation, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, 2006.

SUPPORTO PSICOLOGICO E SUE CRITICITÀ

In occasione degli eventi emergenziali/catastrofici, il principio fondamentale che fonda ogni azione di soccorso è la salvaguardia della vita delle persone coinvolte nella sciagura e di coloro che si prestano a portare i soccorsi (prima, durante e dopo l'emergenza).

Segue quindi la possibilità di evitare conseguenze psicologiche e/o intervenire sui danni che l'evento può avere già causato.

Nella percezione comune vi è sempre stata la consapevolezza che eventi sconvolgenti della vita lasciassero dei segni anche nella sfera psichica, ma è attraverso i grandi studi effettuati sui reduci della guerra del Vietnam, dopo le esperienze della prima e della seconda guerra mondiale, nonché dell'olocausto, che si è giunti a identificare reazioni specifiche a traumi, indipendentemente da cultura e provenienza.

Nella vicina Italia, le prime attenzioni scientifiche sul tema delle conseguenze psicologiche che si generano a seguito di un evento catastrofico vengono poste in occasione del terremoto dell'Irpinia nel 1980, ma è poi con il Decreto del 13 Febbraio 2001²⁷ che si sancisce l'importanza della Psicologia dell'Emergenza nelle così dette "calamità pubbliche".

Si può allora definire la *Psicologia dell'Emergenza* come la scienza psicologica teorico-pratica finalizzata a favorire il riequilibrio della trama sociale colpita dall'evento critico, ed il recupero del senso di sicurezza e d'identità delle persone coinvolte.

Quando si parla di un evento catastrofico bisogna individuare *quattro categorie di vittime*: le persone direttamente coinvolte; i loro parenti e le persone di stretta relazione con le vittime dirette; i soccorritori e infine coloro che vengono sensibilizzati dall'enorme flusso di informazioni.

LE VITTIME COINVOLTE

Colui che sopravvive ad una catastrofe, anche se supera l'evento senza subire danni o menomazioni fisiche, riporta in forma più o meno lieve danni non visibili, ma non per questo meno profondi e dolorosi quanto le ferite al corpo. Questi danni, chiamati "insulti psichici", sono la causa di traumi che colpiscono la psiche (detti *psicotraumatismi*) e sono costituiti dalla paura prodotta dall'evento e dalla paura che l'evento possa ripetersi, magari anche con caratteristiche peggiori.

Va inoltre tenuto presente che ogni individuo risponde diversamente ad una stessa situazione di emergenza, in base alle caratteristiche di vita maturate attraverso le proprie esperienze, al sostegno sociale ricevuto e alle risorse immagazzinate nel corso del tempo vissuto.

²⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento della Protezione Civile, Decreto 13 febbraio 2001. Adozione dei "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi": http://www.protezionecivile.gov.it/jcms/it/view_prov.wp?contentId=LEG13412

Sono coloro che vivono indirettamente il trauma delle persone coinvolte (i familiari, gli amici di coloro che sentono vicini emotivamente) e che subiscono, per mancanza di risorse psicologiche, una traumatizzazione vicaria, poiché incapaci di sostenere lo stress emotivo della situazione.

I Soccorritori

Il personale appartenente alle organizzazioni di soccorso è coinvolto in maniera importante dagli eventi critici.

Sebbene solitamente l'operatore in emergenza sviluppi una soglia di tolleranza abbastanza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a repentaglio il suo equilibrio psicologico, è sempre presente il rischio di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone che soccorre (*traumatizzazione vicaria*).

Il coinvolgimento degli operatori è legato alle caratteristiche dell'intervento di soccorso, che si può articolare in varie fasi, comunemente indicate come: Fase di Allarme, Fase di Mobilitazione, Fase dell'Azione e Fase del Lasciarsi Andare²⁸, e a ciascuna di queste fasi si associano specifiche reazioni del soccorritore, talvolta anche molto marcate, ma che vanno comunque considerate come reazioni normali a situazioni anomale.

L'esposizione, l'assistere ed il vivere eventi stressanti e traumatici è in grado di destabilizzare o condizionare la quotidianità e la vita futura degli individui coinvolti. Le risposte a queste condizioni stressogene sono differenti in ogni individuo, sono condizionate dalle esperienze e dalle strategie interpretative, di pensiero e comportamentali adattative che ognuno sperimenta e fa proprie²⁹.

Quando le conseguenze di un evento critico eccedono le capacità di risposta dell'individuo e le sue doti di resilienza, possono comportare notevoli rischi per la sua salute mentale, innescando alterazioni psicologiche ed anche psichiatriche, con presentazioni subcliniche o cliniche conclamate anche gravi, nei casi estremi³⁰.

²⁸ Hartsougt, D. M., *Disaster Work and Mental Health. Prevention and Control of Stress Among Workers*. National Institute of Mental Health, DHHS Publication, 1985.

²⁹ Ciò nonostante, esiste una serie di segni e sintomi inquadrati nella cosiddetta *Sindrome di Adattamento Generale* descritta da Hans Selye nel 1936, attraverso la quale possiamo descrivere la risposta allo stress attraverso tre fasi: allarme, resistenza ed esaurimento.

³⁰ Lo spettro di reazioni disfunzionali ad un evento critico possono andare da semplici sintomi reattivi quali apatia, ansia, tristezza, senso di colpevolezza, a sintomi comportamentali più eclatanti, quali aggressività, iperattività psicomotoria o franca agitazione psicomotoria, fino a quadri sindromici più strutturati quali il *Disturbo Acuto da Stress*, il *Disturbo dell'Adattamento*, il *Disturbo Post-Traumatico da Stress*, fino a quadri con presentazioni psicotiche. Nei soccorritori e nel personale generalmente coinvolto nelle operazioni di soccorso, si può configurare in alcuni casi la *Sindrome da Burn-out*.

Sono le vittime sensibilizzate dall'enorme flusso di informazioni, spesso inserite erroneamente nella categoria delle vittime direttamente coinvolte dalla catastrofe.

Il CSB ha ritenuto necessario evidenziare le criticità relative a tale categoria, difficilmente oggetto di riflessione.

Negli anni c'è stata una grossa evoluzione culturale con l'inserimento della figura dello psicologo all'interno del gruppo di lavoro sull'emergenza; è infatti innegabile il rischio del traumatismo psicologico e la necessità di un intervento il più possibile precoce nel rispetto delle vittime, ma è fondamentale tenere conto anche di coloro che potrebbero vivere la presenza di un servizio, come quello dello psicologo, come un bisogno indotto.

Come già sottolineato, ogni persona si caratterizza per una quantità di energia psichica e di risorse che dipendono dalle caratteristiche individuali (esperienze, sviluppo, attaccamento...) e dalle caratteristiche ambientali-sociali (figure di riferimento, ambiente, società, cultura...).

Proprio questa energia interiore permette di affrontare il trauma psichico in maniera differente.

Chi possiede una buona energia, infatti, sarà anche maggiormente capace di uscire dal disagio; al contrario, coloro che non avranno a disposizione un sufficiente supporto energetico, risulteranno incapaci di superare da soli la circostanza critica e avranno quindi necessità di un supporto psico-sociale.

Esiste poi una terza eventualità, cioè quella di coloro che trovandosi al limite, con una energia appena sufficiente, riusciranno a superare la catastrofe, ma saranno a rischio di essere traumatizzati a seconda di quello che accadrà nel periodo successivo all'evento stesso.

La differenza tra le persone traumatizzate e quelle non traumatizzate, è rappresentata dalle caratteristiche individuali di resilienza, attraverso la quale le persone non traumatizzate saranno capaci di continuare ad affrontare gli eventi di vita, mentre quelle traumatizzate si fermeranno al momento del trauma, continuando a sentire il peso del carico emotivo in tutto quello che faranno e con il rischio di andare a finalizzare l'energia residua su un bisogno/pensiero (un esempio è costituito dagli abitanti del centro Italia, che avendo vissuto l'esperienza catastrofica dei terremoti del 2009 e del 2016 durante la notte, hanno sviluppato una incapacità di dormire durante le ore di buio nelle proprie abitazioni, per la paura che potesse riaccadere).

La coabitazione in centri di assistenza degli sfollati traumatizzati psicologicamente, se non individuati e poi ben coordinati e sostenuti dagli operatori, potrebbe essere la causa scatenante del disagio di coloro che al limite delle capacità di resistenza, si lasceranno andare alla traumatizzazione psicologica, schiacciati dai dolori e dai bisogni espressi dagli altri.

È importante sottolineare che anche la presenza dello psicologo dell'emergenza, potrebbe rappresentare per questa categoria di persone, lo stimolo al lasciarsi andare in forma di bisogno indotto, ma è altresì vero che proprio la presenza dei servizi di aiuto contribuisce a sanare non solo

le traumatizzazioni conclamate, ma anche quelle che potrebbe essere a rischio. Proprio per questo è importantissimo (nella costruzione ideale di intervento) distinguere tra gli interventi preventivi e quelli di promozione della salute dagli interventi sul trauma conclamato.

In questa ottica diviene fondamentale parlare di allocazione delle risorse nella formazione del personale e nell'affiancamento degli operatori.

LA FORMAZIONE

Per quanto riguarda la **Fase della Pre-Emergenza**, la cronaca degli ultimi anni (in particolare attentati terroristici e catastrofi ambientali) ha contribuito a sensibilizzare il pubblico rispetto alle procedure da seguire in occasione di eventi catastrofici, ma perché questa sensibilizzazione possa attuarsi in azioni e procedure è importante intraprendere una corretta attività di informazione e formazione, perché in caso contrario, il rischio di questa continua sensibilizzazione rappresenterà la tendenza ad aumentare la categoria di coloro che verrà traumatizzata dall'enorme flusso di informazioni.

Il CSB ritiene fondamentale l'individuazione e la formazione del personale e degli operatori che dovranno intervenire nell'emergenza, per poter a loro volta formare in maniera diretta e indiretta la popolazione, sensibilizzandola sul rischio e sulle strategie di intervento.

Parte integrante dell'attività formativa è costituita dall'addestramento specifico per il personale di soccorso a vario livello e dalle esercitazioni che coinvolgono la cittadinanza.

Per quanto attiene alla **Fase dell'Emergenza**, particolare attenzione va dedicata alla gestione della comunicazione che dovrà essere efficace ed efficiente, affinché:

- tra e per gli operatori sia garantita la velocità di esecuzione, la precisione e la sicurezza nell'esecuzione;
- il pubblico possa colmare il vuoto informativo e abbia la percezione del rischio³¹ senza creare panico, raggiungendo una competenza sulle procedure da seguire.

³¹ Nel corso del tempo il concetto e la percezione del rischio hanno subito un notevole cambiamento, in virtù degli eventi di cronaca e dei cambiamenti degli stili di vita e della socialità di ognuno di noi. In una situazione pericolosa, o potenzialmente tale, è di notevole importanza la modalità utilizzata per la comunicazione del rischio stesso alle persone coinvolte o che potranno essere coinvolte. La "comunicazione del rischio" è un processo relazionale dinamico e comprende sia la valutazione dell'esistenza di un rischio che la sua gestione. È quindi una componente essenziale dei programmi di gestione della sicurezza ed ha lo scopo di:

- garantire il diritto all'informazione rispetto ai rischi cui la popolazione può incorrere in un dato contesto;
- migliorare la conoscenza e la comprensione dei rischi stessi (consapevolezza);
- illustrare adeguatamente i comportamenti da adottare nelle situazioni rischiose e/o pericolose, al fine di diminuire l'ansia e la preoccupazione ad esse correlate, e per poter assumere misure auto-protettive appropriate;
- ridurre i rischi derivanti da un comportamento errato, adottando norme e misure comportamentali corrette, sia nello stile di vita quotidiano, in ottica di prevenzione e cautela, sia nell'organizzazione socio-economica collettiva, soprattutto nei momenti dell'emergenza in atto;
- favorire ed incrementare la volontà e la capacità di collaborare con il sistema dei soccorsi;
- costruire e mantenere un valido rapporto di fiducia tra sistema esperto (responsabili di importanti decisioni in merito alla gestione dei rischi), coloro che intervengono attivamente nelle emergenze e popolazione.

Il CSB ribadisce la necessità che qualsiasi forma di aiuto alle vittime, compreso quello psico-sociale, debba essere intrapresa sulla base dei bisogni delle persone coinvolte nell'emergenza, bisogni che devono prevalere sugli interessi di parte (per es. della stampa, delle autorità o delle organizzazioni), talvolta conflittuali o competitivi, sulle ideologie dominanti e sulle strategie comunicative che devono essere efficaci e non manipolative.

Pertanto, una corretta gestione della comunicazione può attuarsi solo con una completa e puntuale formazione degli operatori/soccorritori e assicurando loro anche le migliori tecniche di gestione dello stress da evento critico attraverso una selezione adeguata del personale con adeguato addestramento e formazione al protocollo, una organizzazione gerarchica (militare) al fine di ridurre al minimo le tensioni comunicative e sociali all'interno dell'organizzazione che opera in emergenza e, infine, la disponibilità di procedure di *defusing*³², *debriefing*³³ e *terapia di elaborazione*³⁴.

Per quanto riguarda la **Fase di Post-Emergenza** si deve tenere conto delle necessità della popolazione "vittima dell'evento" e dei soccorritori "vittime dell'intervento", garantendo un ambiente adeguato alla ripresa della normalità nel più breve tempo possibile³⁵.

Sulla base di tali obiettivi il processo comunicativo, e non la semplice comunicazione, non si configura come un mero trasferimento di informazioni, ma come l'attuazione di una relazione psicosociale nell'ambito del contesto in cui si vive e si opera.

³² *Defusing*: condivisione tra gli operatori, delle tensioni emotive connesse all'intervento. Si tratta di specifici gruppi di discussione di 6/8 persone e coordinati da un esperto nella gestione degli eventi critici. Questa attività contribuisce a ridurre l'impatto emotivo delle esperienze con le quali l'operatore si è dovuto confrontare. L'intervento viene fatto "a caldo" (immediatamente dopo l'evento) e non supera i 40 minuti.

³³ *Debriefing*: consiste in un intervento più sistematico e strutturato, al fine di aiutare i soccorritori (anche in caso di scampato pericolo) a dare un senso alle loro esperienze e prevenire lo sviluppo di problematiche psicologiche. Il debriefing è da considerarsi una tecnica di pronto soccorso emotivo "a freddo" (24-76 ore dopo l'evento), dura circa 2-3 ore e può coinvolgere fino a 15 persone.

³⁴ *Interventi di terapia di elaborazione*: esistono oggi specifiche strategie di intervento psicoterapeutico, per intervenire sull'operatore rimasto pericolosamente coinvolto dagli eventi stressanti e/o nel caso in cui esperienze in emergenza avessero destabilizzato un equilibrio psicologico precario. Quello che dal 2013 viene riconosciuta dall'OMS, come metodo elettivo nella risoluzione dei disturbi post traumatici da stress è l'E.M.D.R. (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*). In questa metodologia la focalizzazione viene posta sul ricordo dell'esperienza o esperienze traumatiche che hanno contribuito a sviluppare la patologia o il disagio che presenta il soggetto. Si tratta di una tecnica che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale, per trattare i disturbi legati ad esperienze passate o disagi presenti.

³⁵ Fondamentale è la considerazione delle priorità secondo la piramide dei bisogni di Maslow, dove alla base troviamo i bisogni fisiologici (vita), poi il bisogno di sicurezza (fisica e morale), quindi quello di appartenenza (famiglia-affetto, sociale-amicizia), il bisogno di stima (autostima e rispetto) e infine l'autorealizzazione.

CONCLUSIONE

Il CSB è consapevole che una efficace risposta di massa ad un'emergenza richiede un approccio speciale che deve essere essenzialmente preventivo e collettivo, per poi individualizzarsi sulla base delle necessità individuali.

Sia le persone ferite sia quelle non ferite, compresi parenti e amici, possono avere, specialmente nell'immediato, un bisogno di informazione e bisogni pratici, sociali, emozionali e psicologici che richiedono un'anticipazione e risposte di tipo proattivo all'interno di un ben coordinato sostegno multidisciplinare.

In queste circostanze è richiesta una combinazione di vari interventi, aiuti e consulenze.

Le criticità saranno tali solo se le istituzioni non saranno organizzate, se mancheranno di procedure o se non ci sarà stata una adeguata selezione e formazione degli operatori.

Gli interventi di gestione dello stress per gli operatori (eccetto il *defusing* poiché difficilmente prevedibile) sono gli stessi che potranno essere usati per la popolazione colpita dall'evento emergenziale, ponendo particolare attenzione nel non creare il bisogno, inducendo il disagio.

BIBLIOGRAFIA

- Axia V., *Il disturbo da stress posttraumatico*, in Axia V., *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna, 2006.
- Zuliani A., *I soccorritori*, in Zuliani A., *Manuale di Psicologia dell'emergenza*, Maggioli Editore, Rimini, 2006.
- Young B.H. et al, *Aiutare i soccorritori*, in Young B.H. et al, *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erickson, Gardolo Trento, 2002.
- Bonomi C., Borgogno F. (a cura di), *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sandor Ferenczi alla storia del trauma*, Utet, Torino, 2001.
- Pietrantoni L., Prati G., *L'intervento psicosociale postevento*, in Pietrantoni L., Prati G., *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino Itinerari, Bologna, 2009.
- Napoli A., *L'intervento di psicologia dell'emergenza nelle catastrofi*, in Giannantonio M. (a cura di) *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno, 2003.
- Di Fresco C., ... *Ma per noi soccorritori non si può fare niente?*, N&A, *Psicologia nell'emergenza*, 7, 2007.
- Bourne P.G., *Men, Stress and Vietnam*, Boston, Little, Brown, 1970;
- Caplan, G., *Principles of preventive psychiatry*, Basic Books, New York, 1964;
- Goodwin J., *The etiology of combat-related post-traumatic stress disorders*, in Williams T. (ed.), *Post-traumatic stress disorders: a handbook for clinicians*, Disabled American Veterans, Cincinnati, 1987;
- Herman J.L., *Trauma and Recovery*, Basic Books, New-York, 1992;
- Abram H. Maslow, *Motivazione e Personalità*, Armando Editore 1973-2010;

SITOGRAFIA

- <http://emdr.it/>
- <http://www.humantrainer.com/>

IL GIORNALISMO ETICO NELLE CATASTROFI

Nelle situazioni di emergenza o catastrofi vi è una categoria di professionisti cui è affidato il delicato compito di comunicare e raccontare gli eventi: sono soprattutto i giornalisti e i fotoreporter che devono affrontare un difficile bilanciamento tra valori e principi spesso contrapposti, per effettuare una corretta informazione.

L'equilibrio tra libertà di espressione e tutela della riservatezza e dell'integrità delle persone coinvolte costituisce il contesto entro cui si colloca il cosiddetto "giornalismo etico": esso riguarda il modo in cui i giornalisti e gli editori forniscono un commento sugli eventi che determinano la vita delle persone, è fortemente radicato nei valori morali e si è evoluto con la protezione dei diritti umani in Europa da più di 150 anni.

A metà del XIX secolo, quando Jean-Henri Dunant incarnava la sua visione dell'umanità in tempi di guerra attraverso la Croce Rossa e la Convenzione di Ginevra, i principali editori europei stavano articolando i principi etici per i loro giornali.

Cento anni dopo, nello stesso anno in cui fu adottata la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo³⁶(CEDU), la Federazione Internazionale dei Giornalisti³⁷ ha convenuto sul primo Codice Internazionale dei Principi per la Conduzione del Giornalismo Etico.

Proprio dal rispetto di questi documenti internazionali scaturisce la difficoltà di bilanciare i diritti in essi contenuti, in particolare, nella CEDU, l'art.10 sulla libertà di espressione con l'art.8 sul rispetto della vita privata e familiare.

Il giornalismo etico esprime una professionalità che impone l'autocontrollo basato sul rispetto per gli altri e l'adesione a principi etici.

Fondamento della professione giornalistica è la ricerca della verità attraverso un racconto equilibrato, imparziale e completo degli eventi e dei problemi, in un delicato equilibrio tra indipendenza e responsabilità, che diventa ancora più complesso quando il giornalista opera nelle catastrofi³⁸: i reportage di guerra, dai territori colpiti da disastri naturali e/o provocati dall'uomo, o colpiti da epidemie hanno il compito di rendere note al mondo la sofferenza e i bisogni di parte dell'umanità, oltre la ricerca delle cause dei disastri naturali o determinati dall'uomo.

Il CSB riconosce ai media un ruolo estremamente importante nella tutela dei diritti umani, garantendo il diritto all'informazione e alla ricerca della verità, ma può accadere che, in alcune circostanze, in particolare nelle situazioni di emergenza e di catastrofi, ci sia il rischio di oltrepassare

³⁶ http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ITA.pdf

³⁷ <http://www.ifj.org/>

³⁸ Pulitzer Center for Crisis Reporting and Boston University Reporting on disasters April 14, 2011, Boston University.

i limiti di un codice deontologico che, prima di essere stabilito dagli organismi preposti, dovrebbe appartenere al buon senso comune e alla *pietas* verso le vittime e i loro familiari.

Parole, ma soprattutto immagini, possono ledere la dignità delle persone coinvolte e violare il diritto allo loro riservatezza.

Resoconti su vittime di sciagure o di catastrofi naturali le cui famiglie non siano ancora state avvisate non possono e non devono essere pubblicati, così come non può essere consentita l'identificazione di persone, a seguito della quale, in zone di conflitti, possa costituirsi un rischio per l'incolumità loro o dei loro familiari.

Nelle situazioni di non emergenza vige il principio deontologico ed etico di richiedere al soggetto il suo consenso prima di pubblicare immagini che ritraggono lui o parti del suo corpo: un simile approccio dovrebbe essere adottato anche in emergenza, tanto più che in un disastro le vittime non hanno alcun potere di negoziazione e rischiano di essere private anche della propria dignità.

Anche il giornalista, come gli altri professionisti delle emergenze, è posto di fronte ad una scelta di carattere etico su ciò che dovrà rendere pubblico e che riguarda esseri umani, siano essi vittime, sopravvissuti o soccorritori; nondimeno la rapidità nella raccolta e nella diffusione delle notizie rende più difficile il compito di verificarne l'attendibilità, con un conseguente rischio di ingenerare situazioni di incomprensioni o di panico.

A ciò deve affiancarsi la considerazione che oggi le informazioni vengono sempre più visualizzate in un unico flusso di contenuti, disponibile contemporaneamente su piattaforme diverse, video, audio, online e testo stampato.

Tale mole di notizie e informazioni proviene da un ambiente multimediale convergente, ma gran parte di esso è regolato da leggi e strutture ormai obsolete.

FORMAZIONE SPECIFICA

Il CSB ritiene doveroso sottolineare come i giornalisti che effettuano il proprio lavoro sul luogo del disastro diventino essi stessi parte dell'evento che raccontano, pertanto sono sottoposti a rischi fisici e condizioni psicologiche che accomunano tutte le persone coinvolte, pur con le differenti peculiarità di ciascuna categoria.

In simili contesti di particolare complessità, l'attività del giornalista deve essere sorretta da una specifica formazione sugli aspetti caratterizzanti le situazioni dei disastri e delle emergenze e poiché i disastri sono di solito imprevisti, la preparazione del giornalista deve essere preventiva³⁹ e deve garantire la sua autosufficienza per non gravare sulle popolazioni colpite o sui soccorritori.

³⁹ Henshall P. Ingram D., *The news Manual*, published with the assistance from the UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation) revised by Ingram David, 2012 online version, volume 2. Advanced reporting chapter 42

Tale formazione può costituire un elemento di criticità se si considera che il giornalismo internazionale è caratterizzato sempre più spesso da giornalisti *freelance*, talvolta privi di quelle garanzie strutturali, finanziarie e assicurative proprie delle testate o emittenti, in grado di intervenire a supporto dei propri inviati in caso di bisogno.

Il libero professionista che opera in autonomia e in condizioni di scarsa sicurezza può essere particolarmente esposto ai rischi per la propria incolumità fisica e psicologica.

Al pari di tutti gli altri operatori delle emergenze e delle catastrofi, il giornalista deve avere un adeguato supporto e preparazione alla gestione dello stress⁴⁰, per ridurre al minimo il rischio di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress.

Il primo, fondamentale, elemento per un'adeguata preparazione da parte dei responsabili dei mass media è costituito da un'appropriata conoscenza delle caratteristiche geopolitiche, sociali, religiose e culturali delle zone in cui si dovrà operare, al fine di garantire il rispetto delle popolazioni locali e la salvaguardia del professionista stesso.

RISPETTO PER LE VITTIME E PER LE POPOLAZIONI COLPITE

Il giornalismo etico nelle situazioni dei disastri si fonda sul principio fondamentale del rispetto delle vittime e delle popolazioni colpite.

Un corretto approccio alle persone coinvolte deve tener conto della grave situazione emotiva o fisica in cui si trovano, pertanto devono essere evitate interviste o coinvolgimenti mediatici di coloro che non acconsentano⁴¹.

Particolare attenzione deve essere posta nella divulgazione dei nomi di feriti gravi o di vittime prima che i parenti più prossimi siano stati avvertiti, nel rispetto degli embarghi dei responsabili degli elenchi.

Ugualmente delicata è la scelta delle immagini e dei suoni da diffondere, che devono documentare i fatti, ma non essere intrusive della riservatezza dei soggetti e del dolore dei congiunti e devono tener conto della cultura locale⁴².

In simili contesti i giornalisti incontrano inevitabilmente persone con urgenti necessità di

⁴⁰ Utili i corsi specifici organizzati dalle scuole di giornalismo. Un esempio in tal senso è rintracciabile nella *The Dart Center for Journalism & Trauma della Columbia Journalism School* (<https://dartcenter.org/>).

⁴¹ The news Manual volume 2 Advanced reporting chapter 43
https://www.thenewsmanual.net/Manuals%20Volume%202/volume2_43.htm

⁴² In alcune società, per esempio, come quella degli aborigeni Australiani, è considerato impietoso pubblicare la foto dei morti durante il periodo di lutto.

sopravvivenza⁴³ e la solidarietà che muove le azioni di aiuto e di conforto alle persone colpite deve sempre conciliarsi con l'osservanza del principio di *“resistere a qualsiasi interesse personale o peer pressure che potrebbe erodere il dovere e il servizio giornalistico al pubblico”*⁴⁴.

Le persone in difficoltà che ricevono aiuto da un giornalista possono sentirsi obbligate ad aiutarlo nel suo lavoro⁴⁵.

Anche in condizioni di lavoro difficili, i giornalisti devono garantire che i soggetti di notizie e di foto, audio e video registrati esprimano il loro consenso in modo autenticamente libero.

Nei casi in cui i giornalisti hanno prestato soccorso o aiuto, è auspicabile che si utilizzino altri volti per raccontare le storie delle persone coinvolte; ugualmente, nel caso in cui i giornalisti sono anche medici o infermieri, sono tenuti al rispetto del segreto sulle informazioni raccolte nello svolgimento della professione.

PARTICOLARE ATTENZIONE AI MINORI

Nella *Convenzione sui diritti del fanciullo*⁴⁶, così come nelle Linee Guida Etiche di molte società professionali giornalistiche, è sanzionata l'identificazione dei bambini e viene chiesta particolare cura nella tutela della loro riservatezza, pur nel rispetto della legalità.

La possibilità di essere identificabile potrebbe infatti avere ricadute sullo sviluppo e la crescita del minore con conseguenze che si protraggono negli anni e, in molti casi, per tutta la vita.

Ogni coinvolgimento di minori, pertanto, deve essere effettuato nel loro esclusivo interesse e la responsabilità della valutazione delle eccezioni ricade interamente in capo al giornalista⁴⁷.

Il rispetto per i minori passa anche e soprattutto attraverso le immagini, che possono essere

⁴³ Christensen, Pia Aiding those in distress. Association of Health Care Journalists <http://healthjournalism.org/secondarypage-details.php?id=898>

⁴⁴ Codice Etico della Radio-Television Digital News Association https://www.rtdna.org/content/rtdna_code_of_ethics

⁴⁵ *“Le advocacy, l'autopromozione, l'offerta di favori in cambio di notizie e interviste, l'auto-inserimento nella storia o la creazione di eventi di notizie per la copertura non sono forme di giornalismo obiettivo e in definitiva mettono in discussione la capacità del giornalista di essere indipendente e ne possono danneggiare la credibilità”*: Society of Professional Journalists, *Statement* by Kevin Smith, President, 22 gennaio 2010.

⁴⁶ Assemblea Generale ONU, 20 novembre 1989. http://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf

⁴⁷ *“Riconoscere che la raccolta e la pubblicazione delle informazioni può causare danni o disagi. Quando si tratta di bambini, persone con disabilità mentali o fonti inesperte, si adotti una particolare sensibilità per capire dov'è il limite legittimo dell'informazione. Si considerino sempre le alternative che riducano al minimo il danno rendendo contemporaneamente possibile un giornalismo preciso. Mostrare rispetto. Malattie, disabilità e altre difficoltà per la salute che gli individui devono affrontare non devono essere sfruttate semplicemente per il loro effetto drammatico”*: AHJ Statement of Principles <http://healthjournalism.org/secondarypage-details.php?id=56>

altrettanto evocative di un volto, ma che tutelano la riservatezza del minore⁴⁸.

TUTELA DEI DATI SANITARI

Nella raccolta di notizie in ospedali da campo, ambulatori e simili istituzioni mediche, i giornalisti devono rappresentare correttamente la loro identità e ottenere il permesso dai pazienti per la raccolta di notizie e storie.

I dati sanitari meritano particolare tutela, e le persone malate o ferite hanno diritto al rispetto della loro dignità, alla riservatezza e al decoro personale, nel rispetto della tutela della privacy.

PROTEZIONE DEI TESTIMONI E DELLE FONTI

I giornalisti hanno l'obbligo di prestare particolare attenzione nella protezione delle fonti confidenziali, soprattutto nei conflitti armati.

Nel corso delle guerre i confini possono spostarsi e questo può esporre le fonti confidenziali a gravi pericoli.

Il giornalista deve quindi impegnarsi a rendere irriconoscibili le fonti e non rivelarne l'identità neppure se sottoposto a pressioni o minacce.

In questo caso il professionista ha il diritto di appellarsi alle Dichiarazioni sulla libertà di espressione, alle sentenze delle Istituzioni Internazionali come, tra le altre, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo⁴⁹, l'Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa (OSCE), l'UNESCO⁵⁰.

RAPPORTI CON I SOCCORRITORI

Di norma, sulla scena della catastrofe arrivano per prime due categorie di professionisti: i soccorritori, per prestare aiuto in qualsiasi modo, e i giornalisti, per registrare i fatti nel loro svolgersi.

Il rapporto fra le due categorie è talvolta interdipendente: il lavoro dei giornalisti è fondamentale per testimoniare gli eventi e per trasmettere le dimensioni del disastro in tutti gli angoli del globo, ma, nel contempo, la quantità di informazione che proviene da una catastrofe può incidere sulla

⁴⁸ Uno degli scatti di guerra più famosi è l'immagine di una bimba vietnamita che corre urlando per le ustioni causate dalle bombe al napalm. Allo stesso modo il corpicino senza vita di un bimbo di tre anni riverso sulla spiaggia di Bodrum, in Turchia, è diventato il simbolo del dramma dei richiedenti asilo siriani. Per contro, in situazioni analoghe il fotografo ha scelto immagini altrettanto evocative che non invadessero la privacy dei bimbi: una delle immagini più famose di incidente aereo mostrava solo una bambola nel fango accanto a un sedile aereo accartocciato. Protecting Journalism Sources in the Digital Age UNESCO Series on Internet Freedom https://www.thenewsmanual.net/Manuals%20Volume%202/volume2_43.htm

⁴⁹ http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Journalistic_sources_ENG.pdf

⁵⁰ http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CI/CI/pdf/protecting_journalism_sources_in_digital_age.pdf

quantità e sulla qualità di aiuti che possono pervenire.

Inoltre i giornalisti mantengono il flusso delle informazioni fra famiglie o gruppi separati, trasmettono notizie sulla logistica, richiedono aiuto per generi di prima necessità.

Per contro i giornalisti fanno affidamento sui sanitari per avere informazioni, storie reali per rendere viva la narrazione.

Tuttavia, può accadere che i due gruppi possano sovrapporsi nelle loro attività, in particolare nelle prime ore, anche in considerazione dei tempi improrogabili cui è sottoposto il giornalista: la diretta radio o televisiva, la pubblicazione del quotidiano hanno tempi ferrei e ciò può indurre i professionisti della comunicazione ad agire in momenti inopportuni, soprattutto in assenza di un responsabile delle comunicazioni nelle organizzazioni dei soccorsi, con cui relazionarsi.

L'interdipendenza tra tutti gli attori presenti nelle scene delle catastrofi è spesso molto complessa, in particolare nelle prime ore⁵¹, e può essere gestita solo con una adeguata formazione e programmazione da tutte le parti⁵².

CONCLUSIONI

Data la loro importanza per la democrazia e il rispetto dei diritti umani, i media sono stati oggetto di un'ampia attività di regolazione del Consiglio d'Europa, al fine di garantire la massima tutela della libertà di espressione e di fornire indicazioni sui compiti e le responsabilità⁵³: in essi si richiede

⁵¹ Sulla complessità del reciproco rispetto dei ruoli è emblematica la testimonianza di Luca Salvatori, inviato dall'emittente San Marino RTV sui luoghi del sisma dell'Italia centrale del 2017: *"Come inviato di San Marino Rtv mi sono occupato del terremoto in Italia centrale del 2017: una lunga sequenza sismica che ha avuto inizio il 24 agosto quando la prima scossa, di magnitudo 6, ha causato circa 300 morti e la distruzione di alcuni centri abitati, in particolare nei comuni di Arquata del Tronto ed Amatrice. Con il cameraman Giuseppe Marzi ci siamo portati sul posto nell'immediatezza della tragedia: i soccorritori – e in particolare i Vigili del Fuoco – stavano cercando, tra le macerie, i sopravvissuti, mentre la terra continuava a tremare costantemente. I luoghi colpiti dal sisma erano difficilmente raggiungibili: strade strettissime in cui a fatica riuscivano a transitare i mezzi di soccorso. Abbiamo subito capito che il nostro primo dovere era di non intralciare chi stava adoperandosi, eroicamente, per salvare vite umane rischiando la propria: il diritto-dovere di cronaca viene dopo. Sempre tenendo ben presente questo concetto abbiamo cercato di cooperare con i soccorritori, nel reciproco rispetto, per documentare ciò che era accaduto. Il giornalista, quando si trova in quei contesti – e non solo – dovrebbe sempre ricordarsi che le persone vengono prima delle notizie. Mai piegarsi alle logiche del sensazionalismo e della ricerca esasperata dello scoop quando in ballo c'è la sopravvivenza di persone. Va rappresentata la drammaticità dell'evento tragico senza mai indugiare o – peggio – fare speculazioni giornalistiche a scapito della dignità umana. Al tempo stesso è doveroso, a mio avviso, rappresentare la gravità della situazione perché occorre far percepire al telespettatore o al lettore che quella narrazione è la rappresentazione della realtà e non una fiction o un genere letterario."* TG San Marino di San Marino RTV. Il resoconto completo dell'esperienza giornalistica sammarinese nei luoghi del sisma è disponibile all'indirizzo: <http://www.smtvsanmarino.sm/cronaca/2016/08/24/terremoto-centro-italia-devastato-protezione-civile-evitiamo-fare-bilanci>.

⁵² Kalcsics M., *A reporting disaster? Interdependence of media and aid agencies in a competitive compassion market*. Reuters institute Fellowship Paper, University of Oxford, 2011 <http://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/news/reporting-disaster-interdependence-media-and-aid-agencies-competitive-compassion-market>

⁵³ Si veda la Raccomandazione CM / Rec (2011) 7 del Comitato dei Ministri agli Stati membri *Su una nuova nozione di*

esplicitamente particolare attenzione per preservare la dignità delle persone vulnerabili, tra cui le vittime.

Il CSB auspica che la comunità dei media sia incoraggiata a sviluppare un sistema di autoregolamentazione basato su un Codice Etico concordato, a garanzia di un giornalismo basato sulla qualità e su principi e valori etici.

I codici costituiscono anche uno strumento per identificare i professionisti da tutti gli altri soggetti che affollano il complesso mondo delle informazioni.

Sono sempre più numerosi i Paesi del mondo che si dotano di codici deontologici per i giornalisti⁵⁴, tuttavia, il CSB è consapevole che un codice è solo un punto di partenza, a cui deve seguire una continua formazione sui principi e i diritti che scaturiscono dalle tecnologie emergenti, sempre più complesse e globalizzanti.

BIBLIOGRAFIA:

- Council of Europe Publications, *Human Rights and a changing media landscape*, 2011.
- European Commission, *Media4Diversity: Taking the pulse of diversity in the media, A study on Media and Diversity in EU Member States and 3 EEA countries*. 2009.
- Harcup, T. *The Ethical Journalist* (New edition.). Sage Publications Ltd. 2006
- Ward S, Wasserman H., *Media Ethics Beyond Borders: A Global Perspective*. New York: Routledge, 2010.
- Smith, Ron F. *Ethics in Journalism*. Malden, MA: Blackwell, 2008.
- Lowrey W, Evans W, Gower K, Robinson J, Ginter P, McCormick L, and Abdolrasulnia M, *Effective media communication of disasters: Pressing problems and recommendations*, [BMC Public Health](#). 2007; 7: 97. Published online 2007 Jun 6.

SITOGRAFIA:

- <http://www.ifj.org/>
- <http://ethicaljournalismnetwork.org/>
- <http://www.journalismdegree.com/ethics/>
- <http://www.consultainformazione.sm/on-line/home.html>

media: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805cc2c0

⁵⁴ La raccolta mondiale dei codici di condotta etici delle organizzazioni di stampa è reperibile sul sito di *Accountable Journalism*: <https://accountablejournalism.org/ethics-codes>

IL CONSENSO ALLA SPERIMENTAZIONE CLINICA IN SITUAZIONI D'EMERGENZA

La sperimentazione clinica costituisce un punto fermo per l'evoluzione della scienza medica permettendo di utilizzare solo i farmaci, i dispositivi e le tecniche chirurgiche che siano stati sottoposti ad attente verifiche sperimentali *in vitro* e *in vivo* e infine sull'uomo, al fine di verificarne la sicurezza e l'efficacia.

Pertanto, la sperimentazione clinica è non solo lecita, ma eticamente e scientificamente doverosa, purché rispondente alle numerose e rigorose norme internazionali che regolamentano le modalità di ottenere informazioni attendibili e ben documentate, salvaguardando i diritti e l'integrità dei soggetti coinvolti.

A partire dal Codice di Norimberga del 1947 si è identificato come fondamentale requisito di liceità per una sperimentazione clinica la sua non obbligatorietà: nessun soggetto è tenuto a partecipare ad uno studio clinico se non per libera scelta, dopo aver ottenuto una completa e corretta informazione e aver espresso un consapevole e documentato consenso informato.

Tuttavia, nelle situazioni di urgenza ed emergenza non è sempre possibile ottenere il consenso informato secondo i requisiti indicati; di contro, va tenuto presente come ogni sperimentazione clinica (che non coinvolga soggetti volontari sani) è sempre, *in primis*, un atto terapeutico finalizzato al miglioramento dello stato di salute della persona arruolata e poi, per estensione, di tutti i possibili pazienti che usufruiranno di quel trattamento se sarà immesso in commercio.

In emergenza, l'efficacia di tale atto terapeutico è direttamente correlato alla sua tempestività e la ricerca di un consenso può determinare un ritardo determinante per la salvaguardia della vita del paziente: è questo il caso in cui si individui la necessità di utilizzare nuovi trattamenti in via di sperimentazione, ritenuti potenzialmente più efficaci, a fronte di trattamenti esistenti, ma ritenuti scarsamente efficaci.

In assenza di una normativa specifica su questo argomento di particolare complessità, vi sono state a lungo posizioni disomogenee tra i diversi Paesi, in particolare tra gli Stati dell'Unione Europea, alcuni dei quali ammettono la partecipazione di pazienti non pienamente coscienti, mentre altri hanno una posizione più conservativa.

Il recente Regolamento UE del 2014 pone fine a questa lacuna e introduce una armonizzazione tra i Paesi Membri nella metodologia della ricerca clinica anche in condizioni di emergenza: il paziente in situazione di emergenza/urgenza, pur nella incapacità di fornire un consapevole consenso informato, può essere arruolato purché sussista un protocollo approvato dal Comitato Etico e siano soddisfatte precise condizioni di emergenza e inderogabilità⁵⁵.

⁵⁵ Queste, in sintesi, le indicazioni del Regolamento UE contenute nell' art. 35 "*Sperimentazioni cliniche in situazioni di urgenza*":

Viene così affidata al clinico esperto e al Comitato Etico la responsabilità di prendere la decisione più appropriata. Il consenso alla continuazione della partecipazione alla sperimentazione clinica dovrà poi essere successivamente confermato (*consenso differito*) dal paziente, non appena questi riacquisti la propria capacità decisionale. Qualora il soggetto o, se del caso, il suo rappresentante legale non forniscano il consenso, devono essere informati del diritto di opporsi all'utilizzo dei dati ottenuti dalla sperimentazione.

Risulta evidente la difficoltà di conciliare il principio di autonomia della persona, che origina il diritto ad essere informato e ad acconsentire consapevolmente, con i principi di beneficiabilità e di giustizia che originano il diritto ad un equo accesso alle terapie ritenute più appropriate.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Pertanto, alla luce dei principi bioetici fondanti e della regolamentazione internazionale, il CSB ritiene eticamente accettabile che il medico o l'equipe medica decidano di intraprendere una sperimentazione clinica in situazioni di emergenza, anche nell'impossibilità per il paziente di fornire validamente il proprio consenso informato e in assenza di un legale rappresentante, purché sussistano le seguenti condizioni che tutelino i diritti, la sicurezza ed il benessere dei soggetti:

- che la tempestività sia l'elemento discriminante per la salvaguardia della vita del paziente;
- che la sperimentazione si fondi su un protocollo basato su forti evidenze sperimentali e che tale protocollo sia stato valutato ed approvato da un Comitato Etico indipendente;
- che l'arruolamento avvenga seguendo scrupolosamente le condizioni previste dal protocollo approvato dal Comitato Etico;
- che la sperimentazione sia direttamente riconducibile alla patologia del paziente;
- che, nell'ambito del rapporto rischi/benefici, si ipotizzi un prevedibile rischio minimo;
- che non sussista una accertata volontà contraria precedentemente espressa dal paziente;

-
- la decisione di includere il soggetto nella sperimentazione clinica deve essere presa in occasione del primo intervento sul soggetto, in conformità del protocollo di tale sperimentazione clinica, e tutte le seguenti condizioni devono essere soddisfatte;
 - il soggetto non è in grado di fornire il consenso informato preventivo né di ricevere informazioni preventive sulla sperimentazione clinica a causa dell'urgenza della situazione, dovuta a una condizione clinica improvvisa che ne mette in pericolo la vita o ad altra condizione clinica grave; b) vi sono motivi scientifici per ritenere che la partecipazione del soggetto alla sperimentazione clinica sarà potenzialmente in grado di recare al soggetto un beneficio diretto clinicamente rilevante, che si tradurrà in un miglioramento misurabile in termini di salute capace di alleviare la sofferenza e/o migliorare la salute del soggetto della sperimentazione o nella diagnosi della sua condizione; c) non è possibile, entro il periodo di finestra terapeutica, fornire tutte le informazioni preventive e ottenere il consenso informato preventivo dal suo rappresentante legale; d) lo sperimentatore certifica di non essere a conoscenza di obiezioni alla partecipazione alla sperimentazione clinica sollevate in precedenza dal soggetto; e) la sperimentazione clinica è direttamente associata alla condizione clinica del soggetto, a causa della quale non è possibile ottenere, entro il periodo di finestra terapeutica, il consenso informato preventivo del soggetto o del suo rappresentante legale, né fornire informazioni preventive, e inoltre la sperimentazione clinica è di natura tale da poter essere condotta esclusivamente in situazioni di emergenza; f) la sperimentazione clinica pone un rischio e un onere minimi per il soggetto rispetto al trattamento standard applicato alla sua condizione.

- che si ottenga un consenso differito da un legale rappresentante o dallo stesso paziente a continuare la sperimentazione o all'utilizzo dei dati ottenuti, qualora riacquisti le proprie capacità decisionali;
- che sia garantita la pubblicazione dei risultati dello studio per evitare inutili coinvolgimenti di ulteriori soggetti in condizioni simili di emergenza.

BIBLIOGRAFIA

- *Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la Direttiva 2001/20/CE.*
- *Dichiarazione di Helsinki* (64° Assemblea Generale della WMA, Fortaleza, Brasile, Ottobre 2013)
- *Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano nei riguardi delle applicazioni della biologia e della medicina*, 1997 (Comitato direttivo di Bioetica, Consiglio d'Europa, STE N° 164)
- *Direttiva 2001/20/EC del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 aprile 2001 concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione della sperimentazione clinica di medicinali ad uso umano*
- *Protocollo addizionale alla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina, relativo alla ricerca biomedica* (STCE, N°195), 2005
- Comitato Nazionale per la Bioetica, *La sperimentazione clinica in pazienti adulti o minori che non sono in grado di dare il consenso informato in situazioni di urgenza*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 28 settembre 2012
- Borgia L., *Manuale di Bioetica per la sperimentazione Clinica e i Comitati Etici*, C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 2008.
- Savonitto S. et al., *Il consenso informato alla sperimentazione clinica nel paziente critico. Introduzione al Regolamento UE n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano che abroga la Direttiva 2001/20/CE*, Giornale Italiani di Cardiologia, 2016; 17.

LA GESTIONE DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI NELLE CATASTROFI

Di fronte al verificarsi di calamità naturali è noto quali e quanti disagi possano verificarsi nell'ambito degli aspetti farmaceutici e farmacologici nelle catastrofi, specie in assenza o in carenza di adeguate disposizioni legislative in materia.

Gli effetti di una catastrofe con un forte impatto sulla popolazione e sull'ambiente impongono la disponibilità di strutture campali che, alla rapidità di invio e allestimento, associno la capacità di "funzionare" in autonomia nella fase che segue immediatamente l'evento disastroso e consentire il recupero e il trattamento di feriti critici.

Indagini epidemiologiche^{56,57} sui disastri dimostrano che la maggior parte delle vittime muore, per i traumi riportati, entro le 72 ore, con un picco di decessi massimo entro le prime 12 ore; è quindi ragionevole supporre che, in caso di grandi catastrofi o maxi-emergenze, si debba procedere all'installazione di più strutture da campo entro le primissime ore allo scopo di praticare manovre di stabilizzazione alle vittime del disastro.

In linea di massima, quindi, la prima fase dell'emergenza raramente si prolunga oltre le prime giornate, dopo le quali si comincia ad avere un graduale ritorno alla normalità e quindi alla funzionalità delle strutture sanitarie. Ciò vale principalmente nei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

Nel corso delle grandi emergenze che sono avvenute negli ultimi decenni, sia in ambito nazionale sia in ambito internazionale, è emersa la necessità di un'organizzazione razionale dell'approvvigionamento di medicinali e dispositivi medici (DM) destinati al soccorso delle popolazioni colpite dalle calamità, per migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dell'intervento.

L'invio di prodotti non essenziali o comunque non rispondenti ai bisogni reali della popolazione da assistere, confezionati singolarmente con difficoltà di catalogazione in tempi brevi, oppure scaduti, prossimi alla scadenza o conservati in maniera non idonea, comporta un aggravio dell'organizzazione dei soccorsi, una riduzione dell'efficacia dell'assistenza e un'inevitabile perdita economica dovuta allo spreco di materiale e alla necessità di smaltire prodotti non utilizzabili⁵⁸, anche con conseguenti problematiche eco-ambientali.

Nella definizione militare di Grandi Emergenze Sanitarie si legge: *"Situazioni sanitarie critiche che insorgono bruscamente con la presenza di una grande quantità di colpiti abbisognevole di cure urgenti ed indilazionabili. In pratica si crea un aumento così acuto delle richieste di risorse tale da*

⁵⁶ Cuzzolaro M. Frighi L., *Reazioni umane alle catastrofi*, Fondazione Adriano Olivetti (1991)

⁵⁷ <http://www.epiprev.it/!%E2%80%99epidemiologia-delle-catastrofi-naturali-impariamo-dal-terremoto-dell%E2%80%99aquila>

⁵⁸ Si ricordi, ad esempio, i problemi della missione Arcobaleno in Albania del 1999. (<http://archivio.panorama.it/archivio/Travolti-dall-Arcobaleno>)

*superare abbondantemente il fabbisogno in personale ed in mezzi sanitari di una **normale Gio.Sa. (Giornata Sanitaria)***.⁵⁹

Appare evidente che nella gestione delle catastrofi si debbano tenere in considerazione altre due parole chiavi: Farmaci⁶⁰ e Dispositivi Medici.

Il CSB è consapevole che, senza un'adeguata programmazione, regolamentazione, logistica e formazione che tenga conto di queste due "variabili sanitarie", anche la gestione più attentamente pianificata della catastrofe può rivelarsi inadeguata.

Pertanto, il CSB riconosce la valenza bioetica di un'adeguata pianificazione delle scorte dei farmaci e dei dispositivi medici in vista di un'eventuale emergenza in modo da consentire:

- di essere immediatamente disponibili in *stock* standardizzati;
- di essere adattate ad ogni tipologia di emergenza;
- di essere facilmente rinnovabili.

In seguito all'emergenza Kosovo del 1999, il primo Paese che ha definito i criteri generali e di razionalizzazione della gestione dei medicinali e dei DM nelle maxi-emergenze è stato l'Italia. A tal fine, Il Dipartimento di Protezione Civile Italiano ha costituito nel 2000 un Gruppo di Lavoro per la definizione di linee-guida sull'accantonamento, gestione e distribuzione di farmaci e DM in situazioni di maxi-emergenza per le diverse tipologie di struttura campali⁶¹. Il lavoro, basandosi

⁵⁹ In ambito militare, viene definita Giornata Sanitaria la quantità di medicinali, emoderivati, medicazioni e dispositivi medici (DM) occorrenti per la cura di un ferito/malato per il tempo di un giorno e viene espressa in gr/uomo/giorno.

Medicinali	gr. 23
Medicazioni	gr. 26
Plasma	gr. 8
Materiali vari	gr. 5
TOTALE	gr. 62

⁶⁰ In questa categoria devono intendersi anche gli antisettici, i disinfettanti e gli antidoti.

⁶¹ Decreto del 13 febbraio 2001 della Presidenza del Consiglio dei Ministri della Repubblica Italiana, "*Adozione dei Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi*", elaborato da un gruppo di esperti del Ministero della Salute, del Ministero degli Affari Esteri, dalla Croce Rossa Italiana da specialisti in Farmacia Ospedaliera civili e militari, su iniziativa del Dipartimento di Protezione Civile Italiana, in seguito all'emergenza Kosovo del 1999. Dopo aver individuato i criteri per la redazione di un piano di emergenza a diversi livelli (nazionale, regionale, provinciale e comunale) illustra gli scenari ipotizzati, definendo i criteri di massima sulla catena dei soccorsi sanitari, sia negli eventi catastrofici ad effetto limitato sia in quelli che travalicano le potenzialità di risposta a livello locale. Si indica l'opportunità che ogni Regione, valutate le caratteristiche e i rischi presenti sul territorio, si doti di una o più strutture mobili con Funzioni di Posto Medico Avanzato (PMA), di immediata mobilitazione che, in caso di catastrofe, possa offrire un punto materiale di riferimento per la catena dei soccorsi, permettendo di applicare tecniche di supporto avanzato e altri interventi salvavita. Attualmente è stata definita la nuova classificazione dei EMM (*Emergency Medical Module*). Questa classificazione è quella del WHO/OMS a cui la Commissione Europea si allineerà entro il 31 dicembre 2017, per cui scompariranno gli AMP (*Advanced Medical Post*) che diventeranno gli EMT1 *Fixex and Mobile*; gli AMPS (*Advanced Medical Post Surgery*) che diventeranno gli EMT 2 e i FH (*Fied Hospital*) che diventerà l'EMT3.

anche sulle esperienze raccolte in altri Paesi europei, ha affrontato tale problematica per regolamentare anche quegli aspetti che in passato avevano presentato criticità, ma non erano stati ancora affrontati in ambito europeo.

Il lavoro si è concretizzato nella Deliberazione sui *“Criteri di massima sulla dotazione di Farmaci e Dispositivi Medici di un Posto Medico Avanzato di II livello utilizzabile in caso di catastrofe”*⁶², con la quale, per la prima volta, viene normata tale materia e da cui emerge come una corretta pianificazione dell'emergenza nel settore farmacologico e dei DM debba fondarsi sui seguenti criteri:

- fornire un elenco di farmaci e di dispositivi medici essenziali al funzionamento del Posto Medico Avanzato (PMA) di II livello (Prontuario delle Emergenze)⁶³;
- razionalizzare e facilitare le operazioni di reperimento di farmaci e materiale sanitario all'atto di un'emergenza;
- consentire, attraverso la dotazione standard dei materiali, la rotazione di squadre sanitarie di diversa provenienza, garantendo comunque una continuità qualitativa e quantitativa dell'assistenza;
- favorire la pianificazione delle scorte dei farmaci e dispositivi medici utili anche per emergenze extra ospedaliere⁶⁴.

⁶² pubblicata sul Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 196 del 25 agosto 2003 e reperibile al sito: http://www.protezionecivile.gov.it/jcms/it/view_prov.wp?contentId=LEG13397

⁶³ Si è provveduto a calcolare il fabbisogno di farmaci e DM necessari al funzionamento di un PMA da utilizzare nelle emergenze di tipo c), cioè in quelle situazioni che travalicano le possibilità di risposta delle strutture locali. Si è tenuto conto delle Liste dei Farmaci Essenziali contenute nelle Linee Guida dell'WHO/OMS e delle liste di farmaci e DM redatte da soggetti operanti nel settore. Il PMA dovrà: essere pronto all'impiego nel più breve tempo possibile dall'allarme (3-4 ore); essere in grado di trattare 50 pazienti con codice di gravità rosso-giallo nell'arco di 24 ore e per tre giorni; avere 72 ore di autonomia operativa. La selezione finale per l'inclusione dei farmaci nel Prontuario delle Emergenze è stata effettuata sulla base delle evidenze scientifiche reperibili in letteratura. Per facilitare gli approvvigionamenti dei farmaci si è utilizzato per questi il codice ATC (Anatomica, Terapeutica, Chimica), codice univoco e internazionale che identifica ogni farmaco. Inoltre è stato elaborato un elenco descrittivo per i DM e i disinfettanti. Il Prontuario delle Emergenze è strutturato in tre allegati.

- L'allegato 1 che contiene i farmaci suddivisi per classi terapeutiche riportando: principi attivi in commercio in Italia; dosaggi e formulazioni presenti in Italia; vie di somministrazione; indicazioni generiche sulla posologia; modalità di conservazione, quando necessarie; fase in cui il farmaco deve essere immediatamente disponibile; quantità da accantonare. Nello stesso allegato sono riportati gli antidoti, suddivisi per: tossico; via di somministrazione; posologia; note e quantità.
- Nell'allegato 2 sono riportati i disinfettanti e gli antisettici suddivisi per: principio attivo; prodotti disponibili; indicazioni e applicazioni; caratteristiche, norme di conservazione e stabilità; avvertenze; quantità da accantonare.
- L'allegato 3 contiene i Dispositivi Medici e il fabbisogno minimo di attrezzature logistiche che sono indispensabili per la gestione funzionale del PMA di II livello.

Il documento dovrà essere sottoposto a revisione una volta ogni anno per consentire l'aggiornamento dei prodotti sulla base dell'evoluzione terapeutica e potrà essere soggetto a modifiche anticipate qualora l'esperienza in emergenze ne consigli delle correzioni/variazioni.

⁶⁴ Per avere la sicurezza dell'idoneità dei prodotti, sia sotto il profilo della conservazione sia della loro validità, oltre a considerazioni di carattere economico, si è ritenuto opportuno affidare l'approvvigionamento del PMA di II livello a una Farmacia Ospedaliera tenendo conto degli aspetti tecnici, logistici e degli elementi territoriali e previsionali dei

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Il CSB è consapevole che il rispetto dei principi bioetici nelle complesse situazioni di catastrofe sia realizzabile anche attraverso una adeguata pianificazione della gestione delle risorse sanitarie immediatamente disponibili, che si caratterizzano per una improvvisa e brutale inadeguatezza rispetto ai bisogni delle persone coinvolte nei primi momenti di un disastro.

La pianificazione dettagliata di un Posto Medico Avanzato, gestito da personale qualificato e immediatamente reperibile, garantisce il soccorso e la cura delle vittime nelle primissime ore dal verificarsi dell'evento, quando è più alta la possibilità di perdere la vita per i traumi riportati.

Garantire un immediato intervento sanitario con farmaci e DM nella cosiddetta *golden hour*⁶⁵ diventa pertanto indispensabile per l'attuazione dei principi di beneficiabilità e di giustizia, garantendo al maggior numero di persone l'accesso immediato ai soccorsi.

Altresì, la corretta gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in dotazione al PMA e, successivamente, la selezione dei farmaci e DM realmente appropriati che pervengono attraverso donazioni e invii, permette una corretta allocazione delle risorse, evitando inutili sprechi.

Pertanto, il CSB raccomanda di porre particolare attenzione alla formazione in questo ambito.

Per garantire un'efficace gestione dell'emergenza, oltre all'impiego di squadre sanitarie specializzate a gestire emergenze extra-ospedaliere, è indispensabile un'adeguata e continua formazione in medicina delle catastrofi di tutte le figure che verranno impegnate nel PMA, tra cui i farmacisti che dovranno gestire l'approvvigionamento dei farmaci e tutto il personale ospedaliero.

I programmi formativi, inoltre, dovrebbero essere affiancati da esercitazioni e simulazioni di intervento per consentire un'integrazione funzionale interdisciplinare.

BIBLIOGRAFIA

- Morra A. Odetto L. Bozza C. Bozzetto P., *Disaster Management: Gestione dei Soccorsi in caso di disastro*, Presidenza della Giunta della Regione Piemonte, 2003.
- Palazzo F., Mennini F.S., Pascucci M., Di Muzio M., *Piano di intervento sanitario nelle zone rurali dell'America Latina*. Libro de actas del 8° Congreso Anual de la Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud. Granada (Spagna) 19-21 giugno 1997, 92-98.

rischi. Per interventi in ambito internazionale si dovrà presupporre una diversa organizzazione del PMA elaborata in concerto con il Ministero degli Esteri e tenendo conto delle linee guida dell'WHO/OMS. Non viene trattata la gestione di emergenze derivanti da attacchi terroristici di tipo CBRN (Chimico, Biologico, Radiologico e Nucleare), incidenti industriali rilevanti o rilascio di sostanze radioattive perché campo principalmente di Difesa Civile.

⁶⁵ In chirurgia d'urgenza, la *golden hour* si riferisce al periodo di tempo che va da pochi minuti a diverse ore dopo una lesione traumatica causata da un incidente, durante il quale vi è la più alta probabilità che un pronto trattamento medico possa evitare la morte (American College of Surgeons (2008). *Atls, Advanced Trauma Life Support Program for Doctors*. Amer College of Surgeons. [ISBN 978-1-880696-31-6](https://www.acs.org/education/essential-reading/978-1-880696-31-6).)

- Di Muzio M., *I disastri tossicologici e le sostanze pericolose*, SIMEU Journal, Volume 3, numero 1, marzo 2010, pp. 10-12.
- Ostino G, Di Muzio M., *Una deliberazione che non deve passare inosservata*, Bollettino SIFO, Volume 49, numero 4, luglio/agosto 2003.
- Di Muzio M., Rossi C., Ciuccarelli F., *Organizzazione della farmacia negli eventi straordinari. L'esperienza albanese*. Bollettino della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera, Vol. 45, 6, 1999, pp. 342-345.
- R.Noto, P Huguenard, A.Larcan, *Medicina delle catastrofi*, ed. Masson. Italia 1989
- S.Badiali, A.Zappi, *Organizzazione dell'emergenza* ed. Masson Italia. 1996
- Croce Rossa Francese, Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi, *Manuale di Protezione Civile*, ed. PIEMME 1994
- Beaglehole B, Frampton CM, Boden JM, Mulder RT, Bell CJ., *An evaluation of Health of the Nation Outcome Scales data to inform psychiatric morbidity following the Canterbury earthquakes*. Aust N Z J Psychiatry. 2017 Jun 1;4867417714879. doi: 10.1177/0004867417714879.
- Asati S, Chaudhary U., *Prevalence of biofilm producing aerobic bacterial isolates in burn wound infections at a tertiary care hospital in northern India*. Ann Burns Fire Disasters. 2017 Mar 31;30(1):39-42.
- Carter C, Viveash S., *Nursing a critically ill tetanus patient in an intensive care unit in Zambia*. Br J Nurs. 2017 May 11;26(9):489-496. doi: 10.12968/bjon.2017.26.9.489.
- Iwata K, Fukuchi T, Hirai M, Yoshimura K, Kanatani Y., *Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions after the great east Japan earthquake, 2011*. Medicine (Baltimore). 2017 Apr;96(15)
- Kalapatapu RK, Dannenbaum TP, Harbison JD, Cohen BE., *Does trauma exposure predict prescription drug problems beyond the contribution of post-traumatic stress disorder and depression? An analysis of the Mind Your Heart cohort study*. J Addict Dis. 2017 Jul-Sep;36(3):183-192. doi: 10.1080/10550887.2017.1314697. Epub 2017 Apr 7.
- Tanaka A, Kass PH, Martinez-Lopez B, Hayama S., *Epidemiological evaluation of cat health at a first-response animal shelter in Fukushima, following the Great East Japan Earthquakes of 2011*. PLoS One. 2017 Mar 30;12(3):e0174406. doi: 10.1371/journal.pone.0174406. eCollection 2017.

RESPONSABILITÀ MEDICO-LEGALI DEGLI OPERATORI SANITARI IN SITUAZIONI DI EMERGENZA

La responsabilità professionale sorge nel momento in cui l'esercente la professione sanitaria tiene un comportamento non corretto, commissivo od omissivo, che possa avere causato un danno alla vita o alla salute di una persona assistita, con sanzioni in sede penale e con l'obbligo di risarcire il danno in sede civile.

Ancorché l'intervento sanitario avvenga in condizioni di notevole difficoltà e complessità per le dimensioni del disastro, per il numero di persone che richiedono contemporaneamente di essere assistite e curate, per l'ostilità dell'ambiente in cui ci si trova ad operare, per la penuria di strumentazione, di dispositivi e di farmaci di cui si dispone, il personale sanitario non può essere esentato dalla verifica sulla congruità e correttezza degli atti compiuti.

Tuttavia, il CSB ritiene che la peculiarità dell'evento nel quale si interviene debba essere tenuta in debita considerazione nella valutazione dell'errore, per le possibili ricadute in termini di diagnosi e di terapia.

Il problema particolare che si pone nell'intervento sanitario in corso di calamità naturali è determinato dall'insufficienza delle risorse sanitarie a disposizione, nei confronti delle richieste di intervento per molteplici situazioni, connotate in gran parte da estrema gravità, con elevato rischio di morte in caso di non immediata assistenza.

Il criterio dell'ordine di richiesta dell'assistenza, che costituisce uno degli elementi fondamentali per le situazioni ordinarie, viene meno od assume minore rilievo nelle situazioni in cui ai punti di soccorso vengono contemporaneamente portati numerosi feriti.

In questi casi si pone il problema della priorità dei pazienti che devono essere trattati e, a fronte della scarsità di mezzi a disposizione (si pensi, ad esempio, alle unità di sangue, alle postazioni chirurgiche, ai dispositivi di ventilazione artificiale), della selezione dei pazienti da trattare.

La selezione non può che basarsi sulla valutazione bilanciata della entità e tipologia delle lesioni, della gravità del quadro clinico, dell'efficacia dell'intervento e delle risorse a disposizione.

Questa indispensabile preliminare operazione di triage, tuttavia, può prestarsi ad eventuali contestazioni sul versante della responsabilità professionale.

La correttezza dell'intervento può essere dimostrata dall'adozione di protocolli condivisi dalla comunità, proposti da autorità scientifiche e sanitarie qualificate, che eliminino il rischio di una scelta arbitraria da parte degli operatori e assegnino automaticamente una priorità di intervento.

Per quanto riguarda eventuali errori diagnostico-terapeutici in cui possono incorrere gli operatori sanitari, sia nella fase di triage, sia nelle successive fasi di cura, occorre valutare se il danno deriva da un comportamento negligente, che costituisce sempre e comunque un approccio censurabile, oppure da errori di valutazione o di prestazione che richiamano imperizia/imprudenza, nei confronti

dei quali la valutazione in sede penale è molto più comprensiva, in relazione alle difficoltà oggettive nelle quali si è espletato l'intervento sanitario.

In sede civilistica, si assume che gli operatori che svolgono la loro attività all'interno di istituzioni preposte a questi compiti (ad es. personale della Croce Rossa, del Servizio Sanitario Nazionale ed altri enti ancora) siano tutelati da specifiche polizze assicurative per richiesta di risarcimento di danni connessi ad interventi assistenziali effettuati senza la dovuta diligenza e che hanno dato luogo a danni che potevano essere evitati.

Sul luogo dell'evento non è escluso che possano intervenire, nelle prime fasi, anche volontari medici od altri professionisti che offrono volontariamente la propria opera, senza essere strutturati nelle organizzazioni preposte all'emergenza. Per costoro è opportuno verificare se la copertura assicurativa delle istituzioni di soccorso copre anche la loro attività e, in caso negativo, attivarsi opportunamente con forme assicurative *ad personam*.

L'INFERMIERE SOCCORRITORE

In ambito emergenziale fondamentale è l'equipe sanitaria, specificamente addestrata per il soccorso in urgenza.

Accanto al medico soccorritore è sempre presente la figura dell'infermiere soccorritore, formato ed abilitato a operare in situazioni di emergenza, la cui autonomia esecutiva è in fase di discussione e di revisione normativa in moltissimi Paesi.

Il CSB, consapevole delle criticità etico-deontologiche relative a tale figura professionale, ha ritenuto opportuno offrire una riflessione bioetica sulle priorità di intervento e i margini di autonomia dell'infermiere che opera in situazioni di emergenza.

A tale figura professionale sono richieste peculiarità organizzative⁶⁶ e caratteriali⁶⁷ tali da assicurare la sicurezza sulla scena dell'evento, sia per le vittime sia per i soccorritori⁶⁸.

L'INFERMIERE E IL TRIAGE

Ancor più che nelle normali emergenze, in queste circostanze il triage deve essere svolto da personale preparato, in modo particolare a livello del Posto Medico Avanzato⁶⁹. La figura

⁶⁶ a) capacità di osservazione del luogo dell'intervento effettuando la valutazione dei rischi, come prima fase delle operazioni di soccorso, al fine di proteggere se stessi e le vittime, prevenendo ulteriori incidenti;
b) conoscenza e prevenzione dei pericoli che potrebbero derivare da uno scenario incidentale a volte anche complesso, nell'ambito delle proprie competenze e senza assumersi compiti non adeguati alle sue capacità;
c) di collaborare con le altre figure professionali del soccorso, ed in assenza valutare la necessità del loro intervento.

⁶⁷ a) stabilità emotiva per riuscire ad affrontare e superare tutti gli aspetti di una situazione di emergenza;
b) capacità organizzativa e di collaborazione con gli altri soccorritori per garantire un buon coordinamento delle varie fasi del soccorso;
c) versatilità e capacità di adattamento alle situazioni imprevedibili;
d) spirito di iniziativa per eseguire le procedure necessarie, nel rispetto del ruolo rivestito, e con autonomia decisionale.

⁶⁸ Dal punto di vista psicologico l'evento catastrofico è un severo banco di prova per l'infermiere soccorritore. Esistono infatti molti aspetti, tipici di tale situazione, che possono incrementare drammaticamente le possibilità che i soccorritori subiscano lesioni durante lo svolgimento del loro compito. Particolarmente a rischio sono i fattori che determinano una riduzione della vigilanza:
a) "trance del soccorritore", che manifesta comportamenti da eroe con sprezzo del pericolo;
b) "machismo", sopravvalutazione delle proprie capacità;
c) sfinimento fisico;
d) instabilità emotiva da parte del soccorritore, che si sente "inadeguato";
e) pressione psicologica da parte delle vittime e della situazione.

⁶⁹ Fondamentale al fine di eseguire un triage adeguato alla circostanza è l'applicazione del *protocollo di triage*: l'insieme dei criteri che l'operatore sanitario deve applicare per giungere alla classificazione della priorità di trattamento. Un perfetto protocollo di triage dovrebbe presentare le seguenti caratteristiche:
1. facile memorizzazione;
2. rapida esecuzione;
3. scarse possibilità di variazione dovute ad interpretazioni individuali;
4. utilizzazione da parte di operatori con diversa preparazione professionale;
5. attendibilità nell'individuare le priorità di trattamento.

professionale più adatta è quella del sanitario (medico o infermiere a seconda delle risorse disponibili) esperto in Medicina delle Catastrofi, formato secondo i criteri del *Medical Disaster Management*.

Il triage è un processo continuo, che si svolge a tutti i livelli della catena dei soccorsi: sul luogo in cui si rinvencono le vittime, nel Posto Medico Avanzato, in sede di Evacuazione, all'arrivo in Ospedale, ed in tutte le situazioni in cui si ravveda la necessità di farlo. Tuttavia, ogni sede di triage presenta caratteristiche ed esigenze che possono influire pesantemente sullo svolgimento dello stesso.

Ciò che accomuna tutti i sistemi di triage, a qualsiasi livello di esecuzione, è la necessità di limitare drasticamente il numero di atti terapeutici durante lo svolgimento di quest'operazione. Coloro che si occupano di quest'aspetto della catena dei soccorsi sanno la medicalizzazione dei pazienti non è loro compito.

Durante il triage non si interviene sul paziente: è anzi doveroso per l'operatore mettere in pratica semplici atti terapeutici, di rapida esecuzione, che possono salvare la vita alla vittima o limitarne il decadimento delle condizioni⁷⁰.

Un triage ben eseguito è la base per garantire una valida assistenza alle vittime di una catastrofe. Per questo motivo, la sua importanza dovrebbe essere sottolineata con grande intensità a tutti i livelli della catena dei soccorsi.

L'INFERMIERE E LA GESTIONE DI SITUAZIONI CLINICHE PARTICOLARI: IL CONTROLLO DEL DOLORE

Il controllo e la sedazione del dolore in ambito pre-ospedaliero sono spesso gestiti in maniera insufficiente anche in un contesto di emergenza ordinaria. Le giustificazioni più frequenti riguardano fattori culturali, mancanza di equipaggiamenti, abilità e motivazioni riguardanti "occultamenti" della sintomatologia con conseguenti ritardi nella diagnosi anche quando vengono trattate parti del corpo che, dopo un trauma, sono sede di dolore acuto.

A livello legislativo e medico legale l'azione analgesica non sempre risponde a requisiti di emergenza e ciò rende imperativa sulla scena la presenza di personale medico; questa condizione è maggiormente amplificata su uno scenario ad elevata magnitudo. Ecco quindi la necessità, durante la fase di pre-emergenza di preparare specifici protocolli e procedure operative per il controllo del dolore e la sedazione condivisi da un'equipe multidisciplinare di professionisti. Gli infermieri appositamente formati e con la giusta competenza potranno, nel rispetto di rigidissime procedure prodotte e condivise, intervenire sul dolore riducendone al minimo possibile la percezione da parte

Un'organizzazione che dispone di un elevato numero di operatori ben preparati e adeguatamente addestrati può propendere per un protocollo più "complesso".

⁷⁰ La disostruzione delle vie aeree, l'arresto di imponenti emorragie esterne, il corretto posizionamento del paziente, la protezione termica, sono manovre rapide e semplici che possono incidere in modo importante sul destino del paziente.

della vittima, al fine di alleviarne la sofferenza fisica. E' impensabile infatti immaginare che le numerose vittime di una catastrofe, non possano essere trattate sin da subito dal punto di vista antalgico a causa del numero esiguo di personale medico operante nelle prime fasi dell'emergenza. Secondo le esperienze condotte sul campo, l'analgisia facilita l'estrazione dell'infortunato e il suo trasporto, ma soprattutto lo rende più calmo e rilassato. Il trattamento del dolore è quindi uno dei problemi principali; i metodi usati dipendono dalla localizzazione, dall'intensità, dal meccanismo, dalla presenza di personale esperto e da un equipaggiamento adeguato di farmaci⁷¹.

FORMAZIONE DELL'INFERMIERE IN MEDICINA DELLE CATASTROFI

La Medicina delle Catastrofi viene inserita solo occasionalmente nel programma di formazione di medici, infermieri e operatori del soccorso. È indispensabile quindi che questa lacuna venga tenuta in considerazione quando, nella fase di pre-emergenza, si pianifica la risposta alla grande emergenza; è necessario prevedere e provvedere ad un percorso formativo integrativo, in attesa di una specifica normativa che disponga una formazione obbligatoria per medici ed infermieri⁷².

Ne derivano alcune importanti conseguenze:

- è necessario creare figure in grado di partecipare attivamente alla fase di pianificazione, di verifica e di attuazione della risposta alla grande emergenza;
- i percorsi formativi devono essere differenziati a seconda dei ruoli che gli Operatori del soccorso rivestiranno nell'ambito della risposta alla catastrofe;
- la formazione deve prevedere momenti che permettano di ricreare le condizioni di lavoro che realmente si verificano durante eventi di grande portata;
- la popolazione deve essere istruita sul comportamento da tenere in caso di catastrofe e sull'esistenza di piani di emergenza.

Il processo di addestramento deve inoltre tenere conto della necessità di coinvolgere attivamente i discenti. Sessioni di esercitazioni e simulazione ben condotte possono dimostrare ai partecipanti

⁷¹ I criteri raccomandabili per chi elabora una strategia antalgica devono essere i seguenti:

- identificazione della sorgente del dolore;
- conoscenza dei farmaci sedativi, antidolorifici, anestetici e dei relativi effetti collaterali per prevenirli e contrastarli;
- evitare un'eccessiva sedazione;
- somministrazione in prima scelta dell'analgesico meno potente efficace per il dolore.

⁷² Tuttavia, esistono alcuni fattori che possono ostacolare la messa in pratica di tali progetti di formazione:

- la fallibilità o l'insufficienza di qualsiasi piano di emergenza, anche ottimamente progettato, a causa di eventi imprevedibili o particolarmente violenti, rende pericoloso il limitare la formazione ad un semplice addestramento nell'applicare i piani di emergenza;
- l'eterogeneità del personale coinvolto nella risposta alla grande emergenza rende difficile sviluppare un percorso formativo comune;
- la limitata casistica impedisce agli operatori di acquisire esperienza sul campo, e soprattutto di vivere quegli aspetti a torto considerati secondari, come il caos e l'impatto emotivo che l'evento catastrofico invariabilmente genera;
- il coinvolgimento della massa, inevitabile nelle situazioni di catastrofe, rende qualsiasi operazione di prevenzione o soccorso più difficile, se gli individui che la compongono non possiedono le nozioni fondamentali sul corretto comportamento da tenere.

come può essere complesso gestire i soccorsi sanitari in caso di catastrofe; l'avvertire tale difficoltà diventa spesso il passaggio fondamentale per capire quanto sia necessaria una adeguata preparazione.

In questo contesto, la preparazione del progetto formativo "*Medical Disaster Management*" e "*Hospital Disaster Management*" rappresenta la risposta alla citata necessità di creare figure professionali che partecipino alla fase di progettazione, di verifica e di attuazione della risposta alla maxiemergenza, sul campo e in ospedale, con reali capacità di coordinamento.

Quanto detto sinora riguardava soprattutto la fase della pre-emergenza e la Fase dell'emergenza. Le principali criticità della Fase post-emergenza riguardano la necessità di prevedere, oltre che per la popolazione colpita, un supporto psicologico anche per i soccorritori volontari e professionisti.

In particolare, tra gli operatori del soccorso più colpiti si individuano gli infermieri triagisti e coloro che, nonostante gli sforzi profusi, non riescono a salvare una vita umana a causa dell'eccezionalità della situazione. Tra le cause principali dei disagi psicologici vanno citati il senso di colpa per aver dovuto decidere personalmente sulla scelta delle vittime da trattare e la frustrazione/senso di impotenza tipici di chi, dopo aver tentato invano di soccorrere un sopravvissuto ed esservi entrati in relazione si trova davanti, suo malgrado, una vittima non sopravvissuta.

Non pochi gli infermieri che nel post-emergenza "ricorrono all'*auto cura* assumendo psicofarmaci senza specifica prescrizione dello specialista; altri si rivolgono tardivamente e di propria iniziativa allo psicologo solo quando il disturbo diventa intollerabile e invalidante. Altri ancora, per timore di ripercussioni professionali, nascondono il loro disagio psicologico. Il risultato è che questi soccorritori rimangono *prigionieri della loro esperienza traumatica*. Imperativo quindi anticipare questo problema già dalla fase di pre-emergenza al fine di attivare preventivamente tutti quei canali e quegli strumenti atti ad "*aiutare anche i soccorritori che non chiedono aiuto*"

La fase post-emergenza comporta infine, anche per i professionisti sanitari, un'attenta analisi di tutti gli elementi e le criticità che hanno caratterizzato il disastro. Questa fase contribuisce infatti alla formazione continua di tutti gli attori coinvolti a vario titolo in questo settore e permette di identificare i bisogni formativi, analizzare, valutare e rimodulare una nuova fase di pre-emergenza.

BIBLIOGRAFIA

- O.F.D.A. – C.R.E.D, *Data Base sugli effetti dei Disastri*, Università Cattolica di Lovanio – Belgio, 2000.
- Baud F.J., Richter F., Julien H., *Prehospital strategy for therapeutic intervention of fire victims*, Toxicology, 1992, pag. 64-65
- Van Der Merwe C.J., *Urban bomb blast: mechanism and management Update in emergency*, Londra, 1988, p. 495-513.
- Noto R., Huguenard P., Larcan A., *Medicina delle catastrofi*, Masson, Milano, 1989.
- Huguenard P., *Les brûles, blessés, blastés (BBB) : triage et premiers soins*. Urgences , 1989, 8, 6-10

- Schultz C.H., Koenig K.L., Noji E.K., *A medical disaster response to reduce immediate mortality after an earthquake*. NEJM, 1996, 334: 438-444
- American Red Cross, *The Disaster Services Human Resources System Member's Handbook*, Washington, DC: Author. ARC 4419, May, 1987.
- Aghababian R. e al., *Disasters within Hospitals*. Ann.Em.Med. 1994.
- De Boer J. – Baille T.W., *Un piano dei servizi d'emergenza di un ospedale di zona in caso di calamità*. In: *Calamità ed organizzazione sanitaria*. Edizioni Libreria Cortina, Torino, 1983.
- De Boer J., *Evaluation de la capacité d'engagement des services médicaux*. Bollettino dell'International Society of Disaster Medicine, 1992 n. 48
- Gotfrid O.N., Leibovici D. et al., *The efficacy of integrating 'Smart Simulated Casualties' in hospital disaster drills*, Prehospital and Disaster Medicine, 1997, 12 (2): 97-101
- Leonard R.B., *Emergency evacuations in disaster*, PreHosp. Disaster Med. 1991, 6,4: 436-466
- Morra A. e coll., *Piano di Emergenza di un ospedale zonale in caso di catastrofe. Proposta di organizzazione dei Servizi Sanitari*, Minerva Anestesiologica, 1986, Vol. 52 n. 8 - 9 pag. 297 – 303
- Morra A. Odetto L. Bozza C. Bozzetto P., *Disaster Management: Gestione dei Soccorsi in caso di disastro*, Presidenza della Giunta della Regione Piemonte, 2003.
- Nemitz B., *Le triage des polytraumatisés en grand nombre*, Urg. Med. 1992, 5, 283-286
- Romanens J.L., *Note sur le rôle d'une structure d'hôpital en cas d'afflux massif de victimes*, Convergences, Paris, 1987, 6,3, 235-236.
- San Matteo County Health Services. Agency Emergency Medical Services, *HEICS Hospital Emergency Incident Command System* (III edizione), State of California EMS Authority, 1998.
- Waeckerle J., *Disaster planning and response*, N.E.J.M., 1991, 324; 815-821
- DeBoer J., Van Remmen J., *Order in Chaos*, Liberchem, 2003.
- Noji E.K., *The public health consequences of disasters*, N.Y., Oxford University Press, 1997, pagg 135-178.

BIOETICA DEGLI ANIMALI NELLE CATASTROFI

In questo documento il CSB ha deciso di dedicare un capitolo specifico agli animali in se stessi e alle relazioni instaurate tra questi e gli esseri umani.

La ragione di questa scelta si fonda sulla considerazione ormai diffusa che gli animali da compagnia siano veri e propri elementi della famiglia umana. Mentre per quelli da reddito si genera, forse, specialmente in località dove non sono presenti allevamenti estremamente intensivi o industriali, un insieme di ragioni di sussistenza economica, componenti affettivo-culturali e legami ecologici con il territorio, che portano i proprietari a non lasciare l'area colpita per non abbandonare e poter continuare ad accudire i propri animali.

La gestione degli animali nelle emergenze e catastrofi comporta notevoli implicazioni di natura igienico-sanitaria e socio-economica oltre a risultare complessa dal punto di vista etico.

Gli animali sono coinvolti nello stesso momento in cui vengono colpiti gli esseri umani. Da questo momento iniziano anche per essi condizioni di sofferenza.

L'IMPORTANZA DEGLI ANIMALI NEL CONTESTO SOCIALE UMANO

La domesticazione di alcune specie animali ha prodotto una radicale modificazione delle condizioni di vita degli animali domestici rispetto agli antenati selvatici soprattutto in termini di dipendenza dall'uomo.

Lo stesso fenomeno ha contemporaneamente modificato la Società umana e i singoli individui creando le condizioni per accumulazioni di derrate alimentari che a loro volta hanno permesso la realizzazione di organizzazioni sociali complesse.

Agli aspetti materiali delle produzioni zootecniche vanno aggiunti i non meno importanti aspetti psicologici, effetto della convivenza tra esseri umani e animali che fanno allo stato attuale presumere l'efficacia della *pet therapy*.

LA RILEVANZA MORALE DEGLI ANIMALI

Dal punto di vista giuridico gli animali sono considerati delle proprietà con uno status particolare data la loro natura senziente.

Nel Trattato di Lisbona l'Unione Europea riconosce la condizione di “esseri senzienti”⁷³.

⁷³ *Trattato di Lisbona che modifica il Trattato sull'Unione Europea e il Trattato che istituisce la Comunità Europea* (2007/C 306/01), art. 13: “Nella formulazione e nell’attuazione delle politiche dell'Unione nei settori dell’agricoltura, della pesca, dei trasporti, del mercato interno, della ricerca e sviluppo tecnologico e dello spazio, l'Unione e gli Stati membri tengono pienamente conto delle esigenze in materia di benessere degli animali in quanto esseri senzienti, rispettando nel contempo le disposizioni legislative o amministrative e le consuetudini degli Stati membri per quanto riguarda, in particolare, i riti religiosi, le tradizioni culturali e il patrimonio regionale”.

In molti paesi in aree del mondo che si vanno estendendo è forte la preoccupazione nei confronti del “benessere animale” tanto da venirsi a produrre una apposita legislazione.

L’evoluzione giuridica in atto è frutto di una costante pressione sociale derivata dalla cospicua riflessione morale degli ultimi decenni, causa ed effetto della sensibilità diffusa sul tema.

L’ANIMALE VITTIMA: L’ORGANIZZAZIONE DI FILIERA NELLA ZOOTECNIA E GLI ANIMALI DA COMPAGNIA

Gli animali vittime di emergenze e catastrofi possono essere di diverse specie, sia domestiche sia selvatiche, legati agli esseri umani soprattutto per ragioni affettive o economiche e in ogni caso degni di ricevere attenzioni nei confronti della loro sofferenza se non del loro valore morale intrinseco.

Al tempo stesso possono costituire un elemento di pericolosità nei confronti dei soccorritori o un problema di carattere igienico sanitario nel periodo successivo all’evento o un pericolo per l'integrità delle salme.

Nel caso degli animali legati agli esseri umani per ragioni affettive la loro salvezza e il reinserimento nell’ambito sociale costituisce elemento significativo del recupero di condizioni di vita precedenti all’evento.

Nel caso di animali coinvolti soprattutto nelle attività economiche il ritorno alla vita normale della comunità passa anche attraverso la sopravvivenza degli animali e il loro reimpiego nelle attività di lavoro, produzione zootecnica, gestione e salvaguardia del territorio, produzioni gastronomiche ecc.

Significativo è il caso di Fukushima dove una significativa parte delle persone evacuate avrebbero tentato di rientrare nell’area contaminata per recuperare i propri animali, mettendo a repentaglio la propria vita⁷⁴.

L’ANIMALE CHE PARTECIPA AI SOCCORSI

Alle operazioni di soccorso partecipano gruppi di soccorritori dotati di unità cinofile, in cui cani appositamente addestrati ricercano vittime disperse.

Questi animali sono sottoposti a pericoli e allo stress da superlavoro, stanti le condizioni di difficoltà in cui si opera.

⁷⁴ Nel *Workshop* nippo-americano tenutosi in Giappone, 2-3 maggio 2011, l’IFAW (*International Fund for Animal Welfare*) ha emanato una raccomandazione dal titolo “*Nuclear accidents and the impact on Animals*” (http://www.ifaw.org/sites/default/files/nuclear_accidents_impact_on_animals.pdf), in cui si afferma che la salvezza degli esseri umani è un dovere prioritario, tuttavia si raccomanda che siano compiuti tutti gli sforzi per salvare anche gli animali. Il documento identifica quattro campi di azione associati alla rilocalizzazione degli animali: il salvataggio, la decontaminazione, il trasporto e il ricovero.

La presenza di una relazione con gli animali nelle fasi successive agli eventi è da ritenersi altamente positiva sia nel rapporto con gli animali da compagnia, che per molti rappresentano un elemento costituente la famiglia, sia con gli animali da reddito che, oltre a essere elemento di attività economica per l'allevatore e la filiera zootecnica, sono anche segno di ripristino delle produzioni locali legate al territorio. Si deve intervenire a favore delle condizioni di alloggio e in generale di vita degli allevatori che rimangano vicini agli animali dei loro allevamenti; sono inoltre da favorire i consumi delle produzioni locali per permettere la più rapida ripresa economica.

Considerati gli aspetti generali nelle emergenze e catastrofi il CSB ritiene che si debbano prendere in considerazione le esigenze organizzative relative agli animali in tutte le fasi delle emergenze.

Nella **Fase di pre-emergenza** si debbono programmare gli interventi e le attività e organizzare le strutture che verranno utilizzate al momento del bisogno a vantaggio degli animali e della relazione affettiva e socio-economica umana con essi, sia che si tratti di soggetti da affezione sia da produzione. La prevenzione, la pianificazione dei soccorsi, l'allocazione delle risorse e la formazione del personale nell'ambito della multisettorialità dell'intervento deve includere il mondo animale. Una efficiente preparazione di questa fase contribuirà a ridurre le difficoltà operative al momento delle operazioni anche in rapporto alle scelte etiche che necessariamente si porranno nell'urgenza. La formazione del personale rappresenta elemento fondamentale per affrontare operativamente l'emergenza negli aspetti pratici di gestione degli animali, magari feriti e spaventati, ma anche per gestire i diversi atteggiamenti e le diverse necessità delle persone nei confronti degli animali nelle aree del disastro

Nella **Fase di emergenza** l'organizzazione strutturale e la formazione degli operatori, previsti secondo il principio della multisettorialità, verranno messi alla prova. La priorità negli interventi, la scelta dei trattamenti, la necessità e le modalità pratiche delle eventuali eutanasie, il mantenimento del rapporto informato con i proprietari degli animali, lo smaltimento rispettoso delle carcasse, il rischio di svendite da parte di proprietari sfiduciati sono punti cruciali. Deve essere prevista l'applicazione di un adeguato *Triage* soprattutto nel contesto straordinario che si produce in una emergenza o catastrofe in cui gli animali sono coinvolti in compresenza di esseri umani sofferenti, in una condizione di limitazione dei tempi e delle risorse disponibili. La concreta operatività e la percezione della correttezza delle scelte etiche individuali e collettive agli occhi degli stessi operatori e dell'opinione pubblica sono elemento essenziale. La figura del medico veterinario è, in questa fase, fondamentale. Valutazioni andranno effettuate riguardo agli animali da compagnia, da produzione zootecnica, selvatici, nocivi .

La **Fase di post-emergenza** deve riguardare anche le attività svolte per e con gli animali nelle aree colpite. Gli animali selvatici anche meno evoluti dei mammiferi costituiscono motivo di attenzione per l'equilibrio ecologico che contribuiscono a costituire e mantenere.

A questo proposito è opportuno ricordare l'importanza delle specie vegetali coinvolte e il suolo stesso per la sua composizione e struttura.

È importante la raccolta di dati per migliorare l'organizzazione, la pianificazione e la formazione del personale per eventi futuri e per identificare criticità di ordine etico da analizzare al fine di definire equilibri più avanzati e condivisi.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Considerata l'importanza del mondo animale, dei suoi individui e dei rapporti di questi con gli esseri umani, come anche rilevabile dal diffuso sentimento sociale e dalla evoluzione della legislazione, il CSB formula apposite Raccomandazioni a riguardo degli animali:

- Riconoscimento di una specifica necessità nell'occuparsi degli animali e del loro benessere: una adeguata preparazione della fase di pre-emergenza può permettere un intervento rapido e ampio sugli animali coinvolti nell'evento senza costituire discapito per altri settori.
- Valore del rapporto uomo animale: mantenere quanto rimasto e ricostituire il rapporto tra esseri umani e i loro animali nel tempo minore compatibile con le esigenze del contesto rappresentano valori da ricercare.
- Animali e diverse religioni e culture: l'atteggiamento umano nei confronti degli animali in generale e nei confronti delle diverse specie sia da affezione sia da produzione risulta diversificato su base religiosa e culturale. Affrontare tale problematica nel percorso di formazione dei soccorritori rappresenta una necessità.
- Multisetorialità nell'intervento e gestione dei conflitti di interesse tra esseri umani e animali: riaffermata la priorità degli esseri umani, la costituzione specifica tra i vari settori di intervento nella fase di pre-emergenza anche di una organizzazione e struttura per le azioni sugli animali riduce al minimo possibili conflitti di interesse o la potenziale individuazione di questi tra i comportamenti dei soccorritori.
- Formazione specifica del personale con particolare riguardo alla figura del medico veterinario e la sua formazione anche in bioetica, in quanto tutto il personale che partecipa all'intervento sugli animali e in special modo il veterinario possono essere sottoposti per la loro specifica responsabilità, anche nei confronti degli animali oltre che per i membri del genere umano, a condizioni particolari di stress.

BIBLIOGRAFIA

- Clutton-Brock J., *Storia naturale della domesticazione dei mammiferi*, Bollati Boringhieri Editore srl Torino, 2001.
- Documenti del Comitato Bioetico per la Veterinaria, *Le procedure per una decisione clinica informata e responsabile –riflessioni critiche sul così detto consenso informato in Veterinaria*”, 2° vol., ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2000.
- Documenti del Comitato Bioetico per la Veterinaria, *L'uccisione degli animali. L'eutanasia. Gli strumenti per l'analisi morale*, 3° vol., ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2001.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI FINALI

La straordinarietà e l'imprevedibilità degli eventi catastrofici, la complessità degli elementi costitutivi e la difficoltà nella standardizzazione delle situazioni mal si conciliano con la possibilità di gestire in maniera ottimale ogni singola emergenza di grandi dimensioni, così come risulta impossibile delineare una figura professionale di "esperto" nel senso più esaustivo del termine.

Per governare al meglio questo tipo di eventi, il CSB ritiene che l'informazione e la formazione continua e specifica per tipologia di eventi e di figure coinvolte siano i cardini fondanti, gli elementi imprescindibili per la salvaguardia della salute, della vita e della dignità del maggior numero di persone coinvolte, nel rispetto dei diritti umani e dei principi bioetici fondamentali.

La formazione, in particolare, deve prevedere un continuo addestramento attraverso gli strumenti delle esercitazioni e delle simulazioni⁷⁵.

Informazione e formazione, quindi, rivolte non solo ad un gruppo ristretto di esperti, ma allargate all'intera comunità, costituiscono le basi della preziosa attività di prevenzione, per tutelare la singola persona umana e la collettività.

Alla luce di quanto sin qui esposto, il CSB formula le seguenti Raccomandazioni:

- **La formazione deve riguardare tutti gli operatori del settore, sia in ambito sanitario, sia militare, civile e di volontariato. Inoltre, i percorsi formativi devono essere differenziati a seconda dei ruoli che gli operatori rivestiranno nell'ambito della risposta alla catastrofe.**
- **La formazione delle équipes sanitarie deve essere frutto delle esperienze internazionali, dell'*Evidence Based Medicine* e dell'integrazione fra la popolazione ed i sistemi di soccorso (tecnico, sanitario, forze dell'ordine, protezione civile, esercito, ecc...).**
- **La formazione di tutti gli operatori deve essere affiancata da un'attenta e mirata attività di informazione e di sensibilizzazione alla cittadinanza, al fine di rendere la popolazione protagonista e responsabile della propria cura e salvaguardia.**
- **La formazione di ciascun operatore deve prevedere un corretto approccio e gestione delle diverse categorie di vittime, sia per caratteristiche di età e abilità, sia per quelle culturali e religiose.**
- **I decisori hanno il compito di attuare una politica responsabile nella corretta allocazione delle risorse destinate alla prevenzione, alla pianificazione ed alla formazione.**

⁷⁵ Le esercitazioni assumono un ruolo fondamentale, ma richiedono un enorme dispendio di risorse economiche, umane, professionali e di tempo. Le simulazioni costituiscono uno strumento più flessibile ed economico, adattabili a qualunque tipo di evento e realizzabili in qualunque tempo e situazione, permettono una misurazione delle prestazioni e una valutazione finale dei processi stessi che sono poi i "generatori" dell'errore.

- La priorità dei trattamenti da effettuare e delle vittime da trattare deve essere calcolata sulla base di una corretta applicazione del *triage*, nel rispetto di ogni vita umana, indipendentemente dall'età, dal genere, dall'appartenenza sociale o etnica, dall'abilità.
- Deve essere garantito il rispetto della dignità di ogni persona coinvolta, anche delle vittime "non trattabili", attraverso la presa in carico e l'eventuale sedazione del dolore.
- Deve essere tutelata la riservatezza delle vittime, attraverso il controllo delle notizie e delle immagini che le riguardano.
- I professionisti della comunicazione dovrebbero ricevere un'adeguata formazione sui principi e sui diritti da osservare, nel rispetto delle popolazioni colpite e degli altri operatori presenti sull'evento. A tal fine, il CSB auspica che la comunità dei media sviluppi un sistema di autoregolamentazione basata su codici etici condivisi.
- Deve essere garantita una gestione dei cadaveri che rispetti la dignità dei corpi, in considerazione dei diversi sentimenti religiosi e culturali.
- Si deve assicurare un precoce supporto psicologico alle persone sopravvissute e alle vittime indirette e un costante sostegno psicologico ai soccorritori.
- La pianificazione dei soccorsi deve includere le persone con disabilità in tutte le fasi dell'emergenza, garantendo non discriminazione, eguaglianza di opportunità e accessibilità e fruibilità di spazi e servizi, attraverso una formazione specifica degli operatori, effettuata con il coinvolgimento delle associazioni competenti di persone con disabilità.
- L'atto terapeutico in situazioni di emergenza, incluso quello sperimentale, deve essere finalizzato alla salvaguardia della vita e alla gestione del dolore, pur nella difficoltà della persona assistita di fornire un consapevole consenso informato.
- Si deve predisporre una specifica formazione in medicina delle catastrofi per il farmacista che sarà coinvolto direttamente o indirettamente in una catastrofe, in particolare per il farmacista ospedaliero, istituzionalmente deputato alla scelta e alla gestione delle risorse sanitarie ospedaliere quali farmaci, dispositivi medici, antisettici e disinfettanti.
- Nella valutazione delle responsabilità professionali degli operatori sanitari, deve essere tenuta in debita considerazione l'eccezionalità della situazione in cui esercitano la loro attività.
- Si deve predisporre un'adeguata formazione per il medico veterinario e per coloro che partecipano all'intervento sugli animali, siano essi da compagnia, da produzione zootecnica, selvatici o nocivi (per l'insieme delle raccomandazioni relative al rapporto col mondo animale si rimanda al capitolo specifico).

ALLEGATO 1: GLI ORGANISMI A SAN MARINO

CROCE ROSSA SAMMARINESE

Sin dal 1912 la Croce Rossa Italiana aveva costituito una sua Delegazione nella Repubblica di San Marino, utile ad indirizzare la solidarietà verso la guerra in Libia e poi nella operatività della Prima e Seconda Guerra Mondiale.

Ma è solo l'8 Ottobre 1949 che viene nominato il primo Comitato Provvisorio che procede alla costituzione della Croce Rossa Sammarinese (CRS), riconosciuta il 29 novembre dello stesso anno dal Consiglio Grande e Generale e, finalmente, il 19 ottobre 1950, dal Comitato Internazionale della Croce Rossa.

La scelta di dare vita alla Croce Rossa Sammarinese subito dopo la II Guerra Mondiale, mentre l'umanità, provata da sofferenze ed orrori indicibili, cercava di riprendere la strada della ricostruzione e della speranza nel segno della pace, è una rilevante prova della generosità del popolo sammarinese nei confronti delle popolazioni del mondo, dopo aver dato accoglienza e salvezza ad oltre centomila rifugiati sul proprio piccolissimo territorio che, nonostante la sua neutralità, dovette subire il bombardamento del 26 giugno 1944⁷⁶.

Nel 1952 la CRS aderisce alla Lega delle Società di Croce Rossa e, nel 1953, con la Legge 10 marzo 1953, la Repubblica di S. Marino aderisce alle quattro Convenzioni di Ginevra del 12 agosto 1949 per la protezione delle vittime di guerra.

Nel 1956 S. Marino ratifica la Convenzione di La Haye del 1954 per la protezione dei beni culturali in caso di conflitti armati.

Nel 1998 si costituisce il Corpo dei Volontari del Soccorso della CRS.

L'attuale Presidente è il dott. Raimondo Fattori⁷⁷.

⁷⁶ Morri A. (a cura di), *1912-1999, La Croce Rossa a S. Marino. 1949-1999, cinquanta anni di vita della Croce Rossa Sammarinese*. Studiostampa, San Marino 1999.

⁷⁷ Dalla data della costituzione della CRS, i presidenti sono stati, nell'ordine: Clemente Berti, Clemente Luigi Reffi, Ferdinando Fattori, Raimondo Fattori.

La Legge 27 gennaio 2006 n. 21 ha istituito il Servizio Protezione Civile⁷⁸, che tuttavia viene attivato solo nell'ottobre 2012, anche a seguito della straordinaria nevicata dell'inverno precedente, con accumuli sino a 3 m nelle due settimane e forti disagi alla popolazione per la chiusura di servizi, scuole, uffici, interruzione della viabilità e a tratti dei servizi a rete.

Il Servizio svolge inoltre attività anche nei seguenti settori:

1. Sicurezza Antincendio

Verifiche e sopralluoghi per il rilascio del nulla osta antincendio per tutte le pratiche edilizie e le relative concessioni.

Verifiche e controlli successivi in collaborazione e con l'ausilio degli agenti della Sezione Antincendio della Polizia Civile⁷⁹.

2. Servizio Controllo Strutture

Seppur con ritardo anche San Marino si dota di normativa antisismica nel 2011 che diviene pienamente operativa nel 2012, per cui tutti gli interventi edilizi per nuove costruzioni o interventi rilevanti su quelli esistenti sono assoggettate ad autorizzazioni strutturali rilasciate dal Servizio che cura anche i controlli e verifiche in cantiere, anche ai fini sanzionatori⁸⁰.

3. Servizio Prevenzione Protezione

A seguito di accorpamento il Servizio svolge anche attività in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro per tutta la Pubblica Amministrazione, curando per le varie unità organizzative i

⁷⁸ L'attività del servizio fa capo, oltre alla superiore citata legge, anche alle seguenti norme: art.92 Legge 22 dicembre 2010 n.194 (Modifiche alla Legge 27 gennaio 2006 n.21); Legge 5 dicembre 2011 n.188 "Riforma della struttura e del modello organizzativo dell'amministrazione pubblica"; Decreto Legge 26 gennaio 2015 n.4 "Attribuzione al Capo del Servizio di Protezione Civile del potere di ordinanza di cui all'art.42 della Legge 19.07.95 n.87"; Decreto Delegato 27 aprile 2012 n.44 " Codice Ambientale"

⁷⁹ Decreto 22 ottobre 1985 n.122 "Norme di sicurezza antincendio per l'edilizia ed impianti"; Decreto Delegato 6 agosto 2010 n.146 "Fascicolo di intervento per le attività a maggior rischio di incendio"; Decreto Delegato 3 ottobre 2011 n.155 "Proroga dei termini per la presentazione del fascicolo di intervento e modifiche al sistema sanzionatorio del decreto delegato 6 agosto 2010 n.146"; Decreto Delegato 28 giugno 2012 n.66 "Revisione del sistema sanzionatorio del decreto delegato 6 agosto 2010 n.146"; Decreto Delegato 19 giugno 2013 n.63 "Modifiche all'articolo 6, comma 5, del decreto delegato 6 agosto 2010 n.146 "Fascicolo di intervento per le attività a maggior rischio di incendio"

⁸⁰ Legge 25 gennaio 2011 n.5 "Legge sulla progettazione strutturale"; Decreto Delegato 24 febbraio 2016 n.18 "Norme attuative della legge 25 gennaio 2011 n.5 "Legge sulla progettazione strutturale""

documenti di valutazione dei rischi e la formazione dei lavoratori nonché prove ed esercitazioni di evacuazione per tutti i plessi scolastici di ogni ordine e grado⁸¹.

Per quanto attiene la specifica **attività di protezione civile** questa viene svolta secondo le linee e deliberati del Coordinamento di cui art. n. 2 L. 21/2006 presieduto dal Segretario di Stato per il Territorio e l'Ambiente deputato alla Protezione Civile e composto da :

- Il Segretario di Stato per gli Affari Interni e Giustizia;
- Il Segretario di Stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale;
- Il Segretario di Stato per l'Industria, l'Artigianato e il Commercio;
- Il Capo del Servizio Protezione Civile.

Di fatto il Servizio Protezione Civile attua un'attività di coordinamento sia in tempo di pace che in emergenza e le strutture di cui all'art. n. 7 della L. 21/2006⁸².

Qualora gli interventi di Protezione Civile diventano straordinari e le singole strutture da sole non sono più in grado di risolvere l'emergenza, il Capo della Protezione Civile assume poteri straordinari per il governo dell'emergenza e convoca l'Unità di Crisi, attiva la Centrale Operativa, le Funzioni e i Presidi.

Per quanto attiene l'impiego dei volontari, è in fase di approvazione il Decreto Delegato per la promozione e disciplina del Volontariato di Protezione Civile.

In questi anni gli interventi più frequenti, svolti in stretta collaborazione con la Sezione Antincendio della Polizia Civile e personale dell'AASLP e dell'AASS, hanno riguardato il rischio incendi, sia boschivo e di interfaccia nonché industriale o civile, il rischio idrogeologico ed idraulico, vento, neve, inquinamento e dissesti degli edifici.

Particolarmente severa sia per l'operatività delle strutture di Protezione Civile che per gli effetti economici sono stati i vari dissesti idrogeologici che hanno caratterizzato il periodo 2013-2015.

⁸¹ Legge 2 Luglio 1969, n. 40 "Legge per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e per l'igiene del lavoro"; Legge 18 febbraio 1998 n.31 "Legge quadro in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro"; Decreto Delegato 11 marzo 2014 n.28 " Disposizioni relative al Servizio Prevenzione e Protezione"

⁸² Il Corpo della Polizia Civile e in particolare il personale della Sezione Antincendio e Protezione Civile e la Centrale Operativa del Corpo stesso; il Corpo della Gendarmeria; il Corpo della Guardia di Rocca Nucleo Uniformato; l'Azienda Autonoma di Stato per i Lavori Pubblici (AASLP); l'Azienda Autonoma di Stato per i Servizi Pubblici (AASS); i Servizi del Dipartimento Sanità; l' Ufficio Gestione Risorse Agrarie e Ambientali (UGRAA); l'Ufficio Progettazione; il Sistema Informativo Territoriale (SIT); il Servizio Prevenzione Protezione (SPP); la Croce Rossa Sammarinese; il personale volontario reperibile presso le Giunte di Castello; le associazioni di volontari convenzionate con al Protezione Civile; gli enti che pur non avendo finalità e scopi diversi, abbiano al proprio interno un'organizzazione potenzialmente utile quale struttura della Protezione Civile .

Il Servizio di Protezione Civile si avvale altresì anche della collaborazione delle varie istituzioni italiane preposte in virtù dei seguenti accordi bilaterali, finalizzati anche alla mutua assistenza in caso di bisogno o necessità di soccorso⁸³.

Dal gennaio 2014 il Servizio di Protezione Civile è entrato a far parte del sistema di allertamento della Regione Emilia Romagna per il rischio idrogeologico-idraulico e riceve le allerte che riguardano le macroaree regionali A e B confinanti con San Marino.

Il Servizio ha attivato apposito sistema di rilancio delle allerte per tutte le strutture sammarinesi coinvolte nelle fasi di attenzione, preallarme e allarme.

Oltre alla gestione delle emergenze il servizio si dedica alla redazione dei piani di emergenza, in fase di implementazione per i vari scenari di rischio che interessano il nostro territorio.

⁸³ Accordo Bilaterale per emergenza incendi ed altre calamità del maggio 2006; Accordo di Collaborazione fra San Marino e la Regione Emilia Romagna, rif. art. 7 del giugno 2013; Memorandum d'Intesa tra San Marino e il Sovrano Militare Ordine di Malta-CISOM dell'aprile 2015; Protocollo d'Intesa fra San Marino ed Il Dipartimento Nazionale di Protezione Civile del luglio 2015.

L'O.M.S nel 1978 definì la salute come “uno stato di completo benessere fisico psichico e sociale”.

Un'affermazione ambiziosa e per qualche verso utopistica, ma pilastro essenziale e fondamentale dell'approccio degli stati evoluti al problema della salute, alle relative politiche ed alla strutturazione di servizi tecnici ed amministrativi.

La Repubblica di San Marino aveva all'epoca un servizio sanitario nazionale strutturato in forma “binaria” con un Ufficio d'Igiene e relativo Ufficiale Sanitario in diretta dipendenza amministrativa dallo stato e dall'esecutivo ed un Ente, l'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.). Tale Ente è dotato di autonomia amministrativa e finanziaria le cui risorse finanziarie per il funzionamento dello stesso ed il pagamento delle prestazioni sanitarie e previdenziali erogate, viene stanziato annualmente dallo Stato.

Sulla base di questo nuovo concetto di salute che rendeva unitaria e coordinata l'attività di prevenzione, terapia e riabilitazione, si aprì un lungo ed approfondito dibattito finalizzato alla costituzione di un sistema unitario di approccio alla salute che si dotasse dei servizi necessari ed integrati.

Da questo percorso culturale, politico ed istituzionale nasce, con la Legge n. 36 del 16 maggio 1981 “Attuazione degli uffici e dei servizi dello stato”, il Servizio d'Igiene Ambientale, un Servizio deputato ad affrontare tutti gli aspetti di prevenzione primaria già parzialmente trattati dall'Ufficio d'Igiene, modernamente intesi. I poteri dell'Ufficiale Sanitario venivano distribuiti tra il Servizio di Igiene Ambientale, la Medicina di Base ed i Servizi Specialistici Ospedalieri

Con Decreto Reggenziale del 5 dicembre 2005 n. 175 “Provvedimento di riordino delle competenze e funzioni del personale dell'I.S.S.” al Servizio di Igiene Ambientale, in linea con gli indirizzi generali per il Piano Sanitario e Socio Sanitario, venne data una configurazione dipartimentale. Successivamente con Decreto Delegato dell'11 gennaio 2010 n. 1 “ Atto organizzativo dell'I.S.S.” viene istituito il Dipartimento Prevenzione.

Oggi più che mai il modello tecnico - organizzativo di un dipartimento di prevenzione risponde ai nuovi concetti della salute, relativamente alla trasversalità della azioni e degli obiettivi tra Enti, Associazioni di categoria, Giunte di Castello, Uffici pubblici e servizi, previsti dalla maggior parte dei piani sanitari.

Le nuove frontiere scientifiche, l'accadere degli eventi alcuni esemplari hanno ulteriormente accresciuto la consapevolezza nella popolazione a negli amministratori dell'azione dei fattori ambientali. nei luoghi di vita e di lavoro, sulle condizioni di salute delle comunità. Contemporaneamente si aggiungono nuovi fattori ambientali che influiscono sulla sensibilità pubblica e che richiedono sviluppi nella ricerca e nelle conoscenze e condizionano attività e scelte della pubblica amministrazione:

- i nuovi problemi dell'organizzazione del lavoro;
- la globalizzazione dei mercati;

- le malattie infettive emergenti dell'uomo e degli animali;
- i nuovi inquinanti ambientali;
- i cambiamenti climatici;
- l'uso del territorio;
- le nuove tensioni sociali locali ed internazionali

A ciò si aggiunga una sempre maggiore consapevolezza che i nuovi "stili di vita" connessi con la maggior parte delle malattie odierne, considerati generalmente come il frutto di scelte individuali e che avrebbero dovuto trovare risposte nel "privato", sono, nella realtà quotidiana, condizionati e generati da fattori sociali, culturali ed economici e che come i fattori ambientali possono variare per tipologia e frequenza. Prendere atto di queste nuove conoscenze e la portata dei danni generati e generabili sulle future generazioni permette di definire in maniera incontrovertibile la valenza collettiva della "sanità pubblica" di oggi e del prossimo futuro.

Agli inizi degli anni 70 l'Organizzazione Mondiale della Sanità istituì l'Ufficio *Emergency Relief Operations* e, qualche anno dopo, le Nazioni Unite crearono l'UNDRO (*United Nations Disaster Relief Organization*).

Nell'ottobre del 1979, in collaborazione con queste organizzazioni, la Segreteria di Stato per gli Affari Esteri della Repubblica di San Marino organizzò una Conferenza Internazionale sul tema "La difesa della Società dai Disastri naturali nel bacino del mediterraneo".

Nel Febbraio 1986 San Marino ospitò un Workshop Europeo sugli "Aspetti Educativi della Sanità nei Disastri" e, in tale occasione, fu proposto il progetto di creare un Centro per la Medicina dei Disastri a San Marino.

I Segretari di Stato per gli Affari Esteri e Affari Interni accettarono l'invito e, a seguito dell'adesione della Repubblica di San Marino all'Accordo Parziale Aperto (sulla prevenzione e mitigazione degli effetti delle catastrofi, al fine di rivolgere particolare attenzione al tema delle emergenze generate a seguito di calamità naturali e tecnologiche), il 27 novembre il CEMEC fu istituito ufficialmente con sede a San Marino sotto la presidenza del Prof. Corrado Manni e del dott. Giancarlo Ghironzi come Segretario Generale. Attuale Presidente è il prof. Alessandro Barelli.

Furono fondati nel complesso 8 Centri Europei Specializzati, ognuno dei quali in settori diversi: ricerca, studio dei fenomeni dei terremoti, prevenzione del patrimonio culturale.

Obiettivo del CEMEC fu quello della formazione del personale medico, sanitario, dei volontari del soccorso, dei giornalisti e psicologici, affinché questi, già nelle prime fasi del soccorso, fossero preparati ad affrontare le molteplici sfide che si sarebbero presentate.

Oggi, quella "visione" è più che mai di grande attualità alla luce anche dei problemi che le migrazioni dovute ai conflitti, alla siccità, ai cambiamenti climatici o alla recrudescenza della carestia in alcune aree del mondo, stanno causando sempre più.

Il *triage*, gli aspetti psicologici delle vittime da soccorrere e dei soccorritori stessi, il pronto intervento, il ruolo dei media nella informazione, gli aspetti tossicologici, sono solo alcuni dei temi che i relatori di fama internazionale in collaborazione con le università hanno affrontato nei corsi che il CEMEC ha organizzato, festeggiando così nel 2016 i suoi 30 anni di costituzione.

Come aiutare quella umanità colpita dalle calamità, come aiutare i minori non accompagnati o le donne che hanno subito violenze? Il Comitato Scientifico Internazionale ed i relatori che si sono susseguiti negli anni hanno focalizzato i programmi scientifici sui temi e le sfide culturali, religiose, di integrazione date dai fenomeni terroristici, dalla povertà all'analfabetizzazione e alla stessa globalizzazione che i soccorritori si trovano a dover affrontare nelle emergenze.

⁸⁴ <http://www.cemec-sanmarino.eu/>

La Consulta per l'Informazione è costituita dalla Legge n. 211 del 14 dicembre 2014 ed al suo interno riunisce tutti gli operatori dell'informazione sammarinese, siano essi Giornalisti Professionisti, Pubblicisti, Corrispondenti esteri o inviati.

La prima fase – destinata ad un vero e proprio censimento degli operatori dell'Informazione attivi sul territorio della Repubblica di San Marino – è stata gestita da un Comitato Provvisorio che ha condotto l'Assemblea della Consulta per l'Informazione alla votazione per il primo Consiglio Direttivo, di cui oggi fanno parte: Luca Pelliccioni (presidente), Paolo Crescentini (Segretario Generale), Roberto Chiesa, Antonio Fabbri, Valentina Antonioli, Emanuela Rossi, Marco Cardinali, Barbara Tabarini e Roberto Boccalatte (Tesoriere), espressione del panorama giornalistico-editoriale della Repubblica di San Marino.

La Consulta per l'Informazione ha stilato ed approvato il Codice Deontologico nel giugno del 2016⁸⁵, dotandosi inoltre di un Regolamento interno. Tra le principali finalità della Consulta trovano ampio spazio la tutela della libertà d'espressione, il rispetto dei criteri professionali sanciti dal Codice Deontologico, ma anche la formazione continua: nell'ottica di quest'ultimo – nodale – obiettivo, sono stati fin da subito avviati percorsi sinergici con l'Ordine dei Giornalisti dell'Emilia-Romagna e delle Marche, organizzando su suolo sammarinese diversi corsi d'aggiornamento destinati ai giornalisti.

La normativa di riferimento è reperibile al seguente indirizzo:

<http://www.consultainformazione.sm/on-line/home/norme.html>



L'Associazione Sammarinese Protezione Animali⁸⁶, sorta nella Repubblica di San Marino nel settembre 1986, è un ente senza finalità di lucro che gestisce il rifugio- APAS, dove sono ospitati cani e gatti abbandonati ed alcuni piccoli animali da cortile.

L'APAS si adopera per contribuire al miglioramento della condizione degli animali, lavorando attraverso i propri volontari sul campo, promuovendo leggi a tutela degli animali, svolgendo altresì opera di educazione e sensibilizzazione della comunità sociale, collaborando con le istituzioni pubbliche e private a progetti specifici, volti a favorire un rapporto armonico fra l'uomo e gli altri animali.

Sono frutto dell'impegno dell'APAS normative importanti, come quella a prevenzione del randagismo (L. 23 aprile 1991 n.54), il divieto di abbandono e maltrattamento di animali (L. 25 luglio 2003 n. 101), il divieto di sperimentazione animale (L. 3 ottobre 2007 n. 108), le norme a tutela degli animali da compagnia (L. 30 luglio 2012 n. 101).

⁸⁶ <http://www.apasrsm.org/>

ALLEGATO 2: NORMATIVA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

REPUBBLICA DI SAN MARINO⁸⁷

Legge 25 gennaio 2011 n. 5, *Legge sulla Progettazione Strutturale*

Decreto Delegato 26 marzo 2012 n. 28, *Norme attuative della Legge 25 gennaio 2011 n. 5 "Legge sulla Progettazione Strutturale"*

Legge 27 gennaio 2006 n. 21, *Organizzazione della Protezione Civile*

Decreto 18 marzo 1996 n.32, *Riconoscimento giuridico Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri libero professionisti*

Legge 5 dicembre 2014 n. 211, *Legge in materia di editoria e di professione degli operatori dell'informazione*

UNIONE EUROPEA

Decisione n. 1313/2013/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 su un meccanismo unionale di protezione civile (GU L 347 del 20.12.2013).

Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, *Un approccio comunitario alla prevenzione delle catastrofi naturali e di origine umana*, Bruxelles, 23.2.2009 COM(2009) 82.

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio, *Potenziare la reazione europea alle catastrofi: il ruolo della protezione civile e dell'assistenza umanitaria* (COM(2010) 600 def., 26 ottobre 2010)

Trattato di Lisbona che modifica il Trattato sull'Unione Europea e il Trattato che istituisce la Comunità Europea (2007/C 306/01)

World Medical Association Statement, *Medical Ethics in the Event of Disasters*, (Stoccolma, Settembre 1994, Bulletin of Medical Ethics, 1994, 102.

Commission of the European Communities, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee of the Regions. *A Community approach on the prevention of natural and man-made disaster*. COM (2009) 82.

⁸⁷ Le norme si possono scaricare dal sito del Consiglio Grande e Generale:
<http://www.consigliograndeegenerale.sm/on-line/home/archivio-leggi-decreti-e-regolamenti.html>

Dipartimento Nazionale di Protezione Civile Italiana - Commissione tecnica per la microzonazione sismica (articolo 5, comma 7, OPCM 13 novembre 2010, n. 3907), *MICROZONAZIONE SISMICA Linee guida per la gestione del territorio in aree interessate da Faglie Attive e Capaci (FAC)*, Versione 1.0

Di Muzio M. et al., *Linee Guida Nazionali per la Gestione Extraospedaliera di Persone Esposte a Irradiazioni e/o Contaminazioni Acute in Relazione ad Eventuali Emergenze Radiologiche*, Croce Rossa Italiana – Centro Nazionale di Formazione NBCR, 2013

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Morra et al, *Compendio di Medicina delle Grandi Emergenze*, n. 220, Novembre 2008

Sgreccia E, *Bioetica e Medicina delle Catastrofi*, in *Manuale di Bioetica*, Vol. II. Vita e Pensiero, Milano 2002.

Mattox K., *The World Trade Center Attack Disaster preparedness: health care is ready, but is the bureaucracy?* Critical Care 2001, 5:323-325

Gebbie KM, Qureshi K. AJN, *Emergency and Disaster Preparedness*. January 2002, Vol. 102, No. 1

Kaji AH., *Hospital Disaster Preparedness in Los Angeles County*. ACAD EMERG MED, November 2006, Vol. 13, No. 11

Aldrich N, Benson WF. PCD, *Disaster Preparedness and the Chronic Disease. Needs of Vulnerable Older Adults*. January 2008, Vol. 5, No. 1

Doyle GS, *Mitigate, adapt, or suffer: Peak oil's new disaster paradigm*. Am J Disaster Med. 2010 Sep-Oct;5(5):315-9.

Brock TK, Mecozzi DM, Sumner S, Kost GJ, *Evidence-based point-of-care tests and device designs for disaster preparedness*. Am J Disaster Med. 2010 Sep-Oct;5(5):285-94.

Sauser K, Burke RV, Ferrer RR, Goodhue CJ, Chokshi NC, Upperman JS, *Disaster preparedness among medical students: a survey assessment*. Am J Disaster Med. 2010 Sep-Oct;5(5):275-84.

Timbie JW, Ringel JS, Fox DS, Pillemer F, Waxman DA, Moore M, Hansen CK, Knebel AR, Ricciardi R, Kellermann AL, *Systematic review of strategies to manage and allocate scarce resources during mass casualty events*. Ann Emerg Med. 2013 Jun;61(6):677-689.

Bookman K, Zane R, *Expedited electronic entry: a new way to manage mass-casualty radiology order workflow*. Prehosp Disaster Med. 2013 Aug;28(4):391-2.

Caenazzo L, Tozzo P, Rodriguez D, *Ethical issues in DNA identification of human biological material from mass disasters*. Prehosp Disaster Med. 2013 Aug;28(4):393-6.

Malara C, *XII Congresso AIMC: a Pisa esperti internazionali del soccorso a confronto*. N&A Mensile Italiano del Soccorso, Agosto 2011, Vol. 226.

Cozzi C, Poli G, Fausti V, *INTARSIO: Un innovativo sistema di trasporto per l'attrezzatura ed i medicinali nel soccorso sanitario in situazioni d'emergenza*. N&A Mensile Italiano del Soccorso, Novembre 2011, Vol. 229

Argiolas S. *PMAV: Posto Medico Avanzato Veterinario*. AA.VV. Atti del IX Congresso Nazionale AIMC, Istituto Superiore Antincendi, Roma; 8-9 ottobre 2008

Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi: <http://www.aimcnet.it/content/>

Japan Society for Natural Disaster Science: <http://www.jsnds.org/index.en.html>

Journal of Natural Disaster Science Editorial Committee: <https://www.jstage.jst.go.jp/browse/jnds>

Journal of Geography & Natural Disaster: <https://www.omicsgroup.org/journals/geography-natural-disasters.php>

http://www.bbc.co.uk/science/earth/natural_disasters

<http://www.news.va/pt/news/368809>

I siti web indicati nel documento sono stati visitati il 10 luglio 2017

Luisa M. Borgia

CSB - Repubblica di San Marino