



Notizie

del CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO

TAXE PERÇUE	GORIZIA
TASSA RISCOSSA	ITALY

Spedizione in A.P. - Comma 27 art. 2 legge 549/95 - Filiale di Gorizia

In caso di mancato recapito rinviare all'Ufficio P.T. di Gorizia Centro detentore del conto per la restituzione al mittente che s'impegna a pagare la relativa tariffa

anno 2 n. 6

dicembre 1996

I GRANDI APPUNTAMENTI DEL CNSAS PER IL 1997

I programmi del Soccorso alpino e speleologico per il 1997

«Una attività addestrativa e di soccorso sempre più intensa»

Armando Poli

L'uscita dell'ultimo numero di Notizie del 1996 mi offre lo spunto per riassumere e nuovamente sottolineare i tre grandi appuntamenti del prossimo anno.

Incontro C.N.S.A.S. Gruppo parlamentare Amici della montagna

È un progetto al quale il Consiglio nazionale sta lavorando da tempo e che dovrebbe concretizzarsi nel primo trimestre. Pochi, ma di estrema importanza i temi che saranno oggetto dell'incontro: i rapporti tra C.N.S.A.S. ed altri Enti, l'annoso problema delle frequenze radio ed il finanziamento del C.N.S.A.S. L'onorevole Luciano Caveri, Presidente del Gruppo parlamentare oltre che amico sincero del C.N.S.A.S. è già al lavoro per poter avere la presenza del Ministro degli interni Napolitano, e di un Sottosegretario del Ministero delle poste e telecomunicazioni. Dell'importanza dei problemi sul tappeto e sulle necessità di trovare adeguate soluzioni siamo consapevoli sia noi che l'onorevole Caveri il cui punto di vista al riguardo, molto preciso e determinato, è chiaramente espresso nell'intervista pubblicata su questo stesso numero di Notizie.

2° Congresso nazionale dei quadri del CNSAS

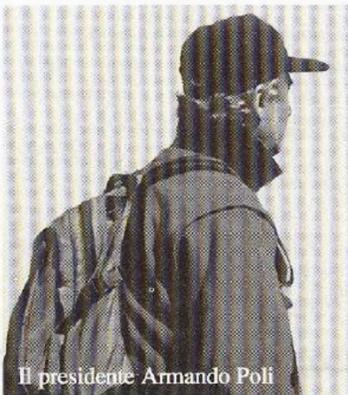
È convocato per i giorni 1; 2; 3 e 4 maggio a Castelnuovo ne' Monti in provincia di Reggio Emilia. L'importanza di questo appuntamento è stata già evidenziata in una lettera ai Presidenti dei Servizi regionali e provinciali, ai Delegati di zona e pubblicata sul numero cinque di Notizie dello scorso settembre.

Le linee, gli orientamenti che usciranno dal Congresso dovranno essere fatte proprie dall'assemblea dei delegati che sulla base di quei riferimenti dovrà progettare il C.N.S.A.S. dei prossimi anni. Sarà quindi compito ed impegno del Consiglio nazionale realizzare quel progetto. Ciò sulla base delle prerogative che le nostre norme attribuiscono ai due organismi.

Il Presidente del Soccorso alpino e speleologico dell'Emilia Romagna, Francesco Dalla Porta, ed i suoi collaboratori sono da tempo impegnati nell'organizzazione.

49° Congresso C.I.S.A.

Avrà luogo in Italia, in Valle d'Aosta dal 24 al 28 settembre. Com'è noto, è un appuntamento importante che annualmente vede a confronto i vari enti europei ed



Il presidente Armando Poli

extraeuropei che si occupano di soccorso in montagna. La bandiera della C.I.S.A. - I.K.A.R. è stata consegnata alla delegazione del C.N.S.A.S. lo scorso settembre in Polonia, a conclusione del 48° Congresso, dal Presidente della C.I.S.A. Martin Schori, presente il Primo Ministro del Governo polacco.

Renzino Cosson, Presidente del Soccorso alpino valdostano e consigliere nazionale sta lavorando all'organizzazione in stretta collaborazione con la sede centrale del C.N.S.A.S. e la Regione Valle d'Aosta. La presidenza della C.I.S.A. - I.K.A.R. conta molto sul successo del 49° Congresso organizzato dall'Italia per un rilancio dell'organizzazione internazionale. Per il C.N.S.A.S. sarà senz'altro un'altra ottima opportunità per proseguire nella realizzazione del progetto che prevede di dedicare una maggiore attenzione alla nostra immagine.

Il numero di Notizie che conclude il 1996 mi offre anche la possibilità di ringraziare tutti voi, tecnici volontari del C.N.S.A.S., per la disponibilità, la generosità, la professionalità, con le quali anche quest'anno vi siete seriamente impegnati in un'attività addestrativa e di soccorso sempre più intensa.

È questa, e non altre, la seria e responsabile risposta a quanti si vorrebbero improvvisare soccorritori in montagna ed in grotta. L'approssimarsi delle festività di fine anno, mi dà infine la felice e gradita opportunità di formulare a tutti voi ed alle vostre famiglie, gli auguri sinceri ed affettuosi del Consiglio nazionale e miei personali.

Milano, 18 novembre 1996

Ai sigg. Delegati all'assemblea

Desidero ringraziare tutti i delegati presenti all'assemblea di sabato 9 novembre 1996 per il contributo dato durante la discussione sul Bilancio di previsione per il prossimo anno.

Come ho avuto modo di sottolineare durante l'assemblea stessa è, per quanto possa ricordare, la prima volta che ciò accade.

L'attenzione riservata dall'assemblea ad un argomento di grande importanza qual'è l'orientamento della previsione di spesa è stata, tra l'altro, uno stimolo per il Consiglio ad un sempre maggiore impegno nell'attuazione di quanto deliberato dall'assemblea stessa, così come stabilito dallo Statuto e dal Regolamento generale del C.N.S.A.S.

Cordiali saluti.

Il Presidente C.N.S.A.S.
Armando Poli

Intervista all'Onorevole Luciano Caveri

Partendo dal presupposto che sono molti gli appetiti ed i desideri di coloro che vorrebbero sostituirsi ai volontari del C.N.S.A.S., noi intendiamo ribadire che su queste aspirazioni siamo completamente contrari.

servizio a pagina 2

ELISOCORSO E SOCCORSO ALPINO

Gli aspetti tecnici e medici dell'elisoccorso in montagna

Le conclusioni del Convegno internazionale di Selva

Alessio Fabricatore

Gli aspetti tecnici e medici dell'elisoccorso in montagna sono stati affrontati nel convegno internazionale di Selva - Val Gardena del 27 - 28 e 29 settembre 1996.

Alla presenza di circa trecento partecipanti il convegno è iniziato con la prolusione del dottor Renato Misichi, coordinatore nazionale della Commissione medica del C.N.S.A.S.

Il dottor Misichi ha sottolineato che l'obiettivo del Soccorso alpino è di garantire un soccorso medicalizzato in tutti gli interventi in montagna e in grotta. Operando in collaborazione con il 118 è garantito il medico quando interviene l'elicottero. Bisogna però garantire la presenza del medico anche in tutti quei casi in cui l'elicottero non può raggiungere l'infortunato. Per questo motivo la Commissione medica del C.N.S.A.S. organizza, in collaborazione con la Commissione nazionale tecnici di soccorso alpino, corsi di specializzazione alpinistica per i medici. Anche la specializzazione medica (anestesia e rianimazione) viene curata con appositi corsi che si svolgono presso l'Università di Modena.

Il dottor Luigi Piatti, coordinatore sanitario del C.N.S.A.S. Lombardia, ha evidenziato che lo sviluppo del Soccorso alpino è legato all'utilizzo dell'elicottero e ad una corretta preparazione sanitaria.

I successivi relatori hanno evidenziato sia l'importanza dell'emergenza sanitaria e la necessità del numero unico di chiamata, il 118, sia

la necessità della completa integrazione tra la componente tecnica alpinistica e quella sanitaria in modo tale da avere un solo Soccorso alpino e speleologico.

La prima giornata si è conclusa con l'esposizione dell'organizzazione del soccorso aereo in Svizzera, in Germania e del 118 di alcune province italiane.

Sabato 28, nella prima mattinata, sono stati affrontati problemi specificamente tecnici dell'elisoccorso in montagna.

Sono intervenuti sia tecnici del soccorso alpino sia piloti di elicottero. Questa sezione è stata conclusa dall'intervento dell'avvocato Arnaldo Loner sulle responsabilità degli elisoccorritori in montagna.

Successivamente ha preso avvio la tavola rotonda sul tema *Organizzazione, gestione ed esperienze nelle basi di elisoccorso in montagna*.

Alla tavola rotonda hanno preso parte in qualità di relatori tutti i presidenti dei servizi regionali del C.N.S.A.S. che operano in collaborazione con strutture di elisoccorso nonché rappresentanti della Svizzera, Germania, Francia e Austria.

Tra tutti citiamo l'intervento di Daniele Chiappa, presidente del Servizio regionale C.N.S.A.S. Lombardia, in quanto non si è limitato a riferire dell'organizzazione del Soccorso in Lombardia ma ha posto ai convenuti alcuni importanti motivi di riflessione.

segue a pagina 3



Val Gardena. Convegno internazionale «Aspetti tecnici e medici dell'elisoccorso in montagna».

BISOGNA CAPIRE CHE ESISTONO DEI COMPITI ISTITUZIONALI CHE SONO STATI DATI AL CNSAS DALLA LEGGE

Intervistato l'Onorevole Luciano Caveri presidente del gruppo parlamentare "Amici della montagna"

«È attorno al Corpo nazionale del CAI che bisogna costruire il Soccorso alpino e speleologico del futuro»

a cura di Alessio Fabricatore

I frequenti contatti del nostro Presidente Armando Poli con il gruppo parlamentare Amici della montagna, ed in particolare con l'onorevole Luciano Caveri, hanno reso possibile l'effettuazione dell'intervista di seguito riportata. Ringraziamo l'onorevole Luciano Caveri per la disponibilità dimostrata e ci congratuliamo per la profonda conoscenza dimostrata nei riguardi dei problemi del C.N.S.A.S. in particolare e della montagna in generale.

Onorevole Luciano Caveri, lei è il presidente dei senatori e deputati aderenti al gruppo parlamentare Amici della montagna. Vuole spiegare ai tecnici del C.N.S.A.S. le finalità e le funzioni, all'interno delle istituzioni, del gruppo parlamentare Amici della montagna.

«Il gruppo Amici della montagna è un insieme informale di membri del Parlamento, non siamo cioè un organo parlamentare. Siamo semplicemente un gruppo di parlamentari che amano la montagna, ad oggi circa 170. Alcuni provengono da zone montane ma ci sono anche coloro che vivono nelle grandi città. Abbiamo voluto costituire un gruppo trasparente, aperto, che agisca nelle diverse Commissioni parlamentari, con lo scopo di far vivere anche in Parlamento le problematiche della montagna. Il nostro interesse per i problemi della montagna lo abbiamo dimostrato anche quest'anno presentando emendamenti alla manovra finanziaria, affrontando i problemi di applicazione della legge sulla montagna, della difesa dei fondi del Club alpino italiano, del mantenimento delle scuole e degli ospedali nelle zone di montagna».

Se si scorre l'elenco dei senatori e deputati che aderiscono al gruppo parlamentare Amici della montagna si può osservare che sono rappresentate tutte le forze politiche. Ha, secondo lei, un significato questa constatazione?

«È sicuramente positiva questa constatazione in quanto sarebbe preoccupante se un gruppo che tende ad agire per il bene della montagna avesse una targatura politica. Un eccesso di targatura inoltre comprometterebbe gli esiti delle nostre azioni a favore della montagna. La logica è proprio quella di far sentire, da una parte all'altra dell'emiciclo di Montecitorio, la nostra voce consci che non è possibile raggiungere l'unanimità dei consensi su tutti i problemi, anche se, sino ad oggi, siamo riusciti ad ottenere quasi sempre l'unanimità. Noi cercheremo sempre di essere al di sopra delle parti».

Il C.N.S.A.S. è composto da volontari ma, sottolineerei, da volontari molto speciali in quanto sono definiti volontari solo per il fatto che non percepiscono compenso per le operazioni di soccorso che compiono. Per il resto, ovvero per la reperibilità, la preparazione, la tecnologia utilizzata nonché per la garanzia di compiere interventi di soccorso medicalizzati sia in montagna che in grotta, operano sempre con una professionalità che va oltre i limiti non solo delle altre forze volonta-

pretazione successiva della legge, compresa la follia della domanda da compilare in carta da bollo per ottenere i rimborsi. Questi sono temi sui quali, ovviamente, ci esprimeremo. Il nostro augurio è che all'inizio del 1997 si possa fare un incontro per definire esattamente il ruolo del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico. Partendo dal presupposto che sono molti gli appetiti ed i desideri di coloro che vorrebbero sostituirsi ai volontari del C.N.S.A.S., noi intendiamo ribadire che su

del fuoco di svolgere un compito che istituzionalmente non è il loro, allora ci dovrebbe essere un momento, magari con la presenza autorevole del Ministro Napolitano, per capire che esistono dei compiti istituzionali che sono stati dati al Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico dalla legge. Compiti che non sono stati inventati dai volontari del C.N.S.A.S. È attorno al Corpo nazionale che bisogna costruire il Soccorso alpino e speleologico del futuro».

ro. Oggi il C.N.S.A.S. ha la titolarità per una frequenza di chiamata per il soccorso ma è ancora un sistema interamente da costruire. Ritengo personalmente che questo sistema debba essere costruito in pieno accordo con il sistema delle autonomie locali. Dovendo immaginare centri di ascolto bisogna concordarsi con chi nel territorio opera già».

Anche durante il 48° Congresso della C.I.S.A. - I.K.A.R. di quest'anno è emerso il problema dell'uniformità delle frequenze radio a livello internazionale. Lei ritiene che il prossimo anno, al 49° Congresso C.I.S.A. - I.K.A.R. che si terrà in Italia, in Valle d'Aosta, potrà essere risolto questo delicato problema o perlomeno si potrà intravedere una soluzione tenendo conto che il Soccorso alpino e speleologico viene a contatto, sull'arco alpino, con i soccorsi alpini di Francia, Svizzera, Austria e Slovenia e spesso si opera in collaborazione senza poter però comunicare a causa delle differenti frequenze utilizzate dagli altri paesi.

«Un problema è la frequenza di soccorso che dovrebbe essere in qualche modo unificata. Già in passato ho partecipato ad alcuni incontri svolti in Valle d'Aosta sull'argomento. Ci sono dei problemi per individuare una frequenza comune per le chiamate di soccorso ma bisognerà arrivarci. Da parte del Ministero delle poste e telecomunicazioni c'è una grande disponibilità: ha già assegnato una frequenza di soccorso dando la possibilità di modificarla qualora ci fosse la necessità di uniformarla a livello europeo. Nel prossimo incontro tra parlamentari Amici della montagna e voi potremmo auspicare un vero e proprio accordo internazionale che sancisca la frequenza di soccorso comune. Un altro problema a noi noto è la questione concernente le frequenze usate dai soccorritori durante gli interventi. Le frequenze oggi assegnate non sono adatte al territorio di montagna. Sappiamo che esistono già delle richieste, avviate dal Soccorso alpino, sul modello di quanto già risolto in Valle d'Aosta dove il lavoro unitario tra la Regione e il Soccorso alpino valdostano ha consentito il reperimento di frequenze che fanno sì che oggi sia i collegamenti a terra tra i soccorritori sia i collegamenti tra soccorritori ed elicottero avvengano senza problemi. Partendo da quel modello il C.N.S.A.S. deve pertanto aspirare ad avere delle frequenze migliori rispetto a quelle attuali».

Nel 1996 il Governo italiano aveva fatto cancellato il C.N.S.A.S. tagliando nell'allora Finanziaria '96 tutto il contributo

Luciano Emilio Caveri è nato ad Aosta il 25 dicembre del 1958 e risiede a Saint-Vincent, coniugato con un figlio.

Ha ottenuto la maturità classica ed ha conseguito la laurea in Scienze politiche.



Onorevole Luciano Caveri

Da quasi vent'anni svolge attività giornalistica. Ancora studente gli fu assegnato il Premio Saint-Vincent di giornalismo e dal 1980 è giornalista presso la sede Rai di Aosta. Telecronista e conduttore del telegiornale, si è occupato di problemi sindacali della categoria quale Presidente dei giornalisti della Valle d'Aosta. È membro dell'Asso-

rie, ma anche degli altri corpi composti da professionisti. È conscio il Governo italiano di queste realtà?

«Premesso che il Governo deve rispondere per sé, ritengo che in generale coloro che sono all'interno del gruppo parlamentare Amici della montagna siano a conoscenza della realtà del Soccorso alpino e speleologico. Alcuni di questi membri, come il sottoscritto, lo seguono da anni. A suo tempo fummo protagonisti anche del varo della ben nota legge che riconosce, e monetizza anche in parte, il ruolo del volontariato nel Soccorso alpino e speleologico, pur essendo perfettamente consci dei mille limiti e ritardi che ci sono stati nell'inter-

ciation des Journalistes de Langue Francaise.

Ha collaborato alla realizzazione di libri sulla montagna e sui problemi dell'informazione.

Ricopre alcuni incarichi nel settore turistico. In particolare è Vicepresidente dell'Associazione italiana degli esercenti funiviari, Presidente del consorzio turistico del Monte Rosa, Presidente degli impianti di risalita di Brusson e Presidente della fondazione Trofeo Mezzalama.

Isritto fin da giovane all'Union Valdôtaine, ha fatto parte dell'organizzazione giovanile Jeunesse Valdôtaine ed ha diretto Le Réveil Social, giornale del sindacato valdostano S.A.V.T. (Syndicat Autonome Valdôtain des Travailleurs).

Nelle elezioni politiche del giugno '87 è stato eletto Deputato nel collegio uninominale della Valle d'Aosta, ha ricoperto la carica di Segretario del Gruppo misto della Camera ed ha fatto parte della Commissione affari costituzionali, della Commissione bicamerale per le questioni regionali e della Commissione d'inchiesta sulla condizione giovanile.

Rieletto nell'aprile del 1992 nell'XI Legislatura è stato Presidente del Gruppo misto della Camera, membro della Commissione affari costituzionali, della Commissione bicamerale per le

queste aspirazioni siamo completamente contrari. Già in passato abbiamo in parte osteggiato, attirandoci anche qualche inimicizia, la scelta di un Decreto ministeriale che affidava il soccorso in montagna anche alla Guardia di finanza. Poi ci siamo resi conto per primi della necessità di trovare un equilibrato accordo che è stato raggiunto proprio nei mesi scorsi. Siamo lieti che questo accordo sia avvenuto, consci anche che le Fiamme gialle da sempre operano nel settore del soccorso in montagna. Riteniamo però che questo debba essere un caso unico. Se invece si scatenassero anche altre forze istituzionali, per effettuare il soccorso in montagna, per esempio ci fosse il desiderio dei Vigili

reforme istituzionali, della Commissione parlamentare di vigilanza sulla Rai, della Commissione per la riforma dell'immunità parlamentare e Segretario della Commissione per le politiche comunitarie.

Nelle elezioni politiche del 1994 e del 1996 è stato eletto per la terza e per la quarta volta Deputato della Valle d'Aosta.

Ha ricoperto la carica di Segretario dell'Ufficio di presidenza della Camera dei deputati, è stato Vice presidente del Gruppo misto, membro della Commissione trasporti e telecomunicazioni, della Commissione ambiente e lavori pubblici e membro del Comitato per gli affari del personale.

Attualmente è membro della Commissione finanze e della Commissione per la vigilanza sull'Istituto di emissione e sulla circolazione dei biglietti di banca.

È stato inoltre fondatore ed è attualmente responsabile del Gruppo donatori di sangue dell'AVIS e del gruppo donatori di organi dell'AIDO della Camera dei deputati e Presidente del gruppo Amici della montagna del Parlamento.

È inoltre un punto di riferimento per la difesa delle minoranze linguistiche in Italia.

Onorevole, anche in base a quanto anticipato, può confermare la voce riguardante un incontro tra il gruppo parlamentare Amici della montagna, presente anche il Ministro degli interni Napolitano, e il C.N.S.A.S. per trattare tematiche specifiche legate al soccorso in montagna ed in grotta?

«Riteniamo sia necessario organizzare al più presto tale incontro in quanto è assolutamente necessario non solo discutere di un coordinamento interforze ma anche perché riteniamo che in quell'occasione si debba discutere, congiuntamente con gli amici del Club alpino italiano, la questione della frequenza radio di soccorso che ritengo essere uno dei temi di grande attualità del prossimo futu-

previsto dalla Legge 18 febbraio 1992, n. 162. Poi ci fu un taglio del 5% già previsto nel piano di riparto triennale. Nel 1996 dal taglio di tutto il contributo il taglio del 5% sembrò un successo notevole. Oggi però, a mente fredda, il taglio incide notevolmente sul già scarso bilancio del Soccorso alpino e speleologico e per il 1997 si parla di un ulteriore taglio del 10% nella Finanziaria '97.

È questa l'attenzione e la sensibilità che il Governo italiano mostra nei confronti del C.N.S.A.S.?

«I tagli non sono stati fatti in maniera specifica ma in maniera indiscriminata a tutti coloro che ricevono dei finanziamenti. Un taglio analogo lo ha subito anche il Club alpino italiano. La logica nostra è stata quella di accettare il taglio minore complessivo. Per quest'anno abbiamo evitato ogni ulteriore taglio. Siamo ben consci di che cosa significhi questo finanziamento per il Soccorso alpino e speleologico. In gran parte il finanziamento serve a stipulare assicurazioni per i tecnici del C.N.S.A.S. Ritengo perciò che debba essere rafforzato il legame tra il Soccorso alpino e speleologico e le singole Regioni che potrebbero diventare, in parte, una fonte di finanziamento. Sarebbe inoltre auspicabile che entrasse nella cultura dei nostri alpinisti l'abitudine di contrarre assicurazioni (già in vigore oltr'Alpe) in modo da garantire il giusto rimborso al Soccorso alpino e speleologico. Ci sono tantissime persone, anche molto esperte, che oggi vanno in montagna tranquille perché sanno di poter contare sul Soccorso. Molte di queste persone lucrano sull'assicurazione ed evitano di avere quella copertura che a mio avviso è assolutamente necessaria per tutti coloro che vanno in montagna».

Quali sono gli impegni che si assume il gruppo parlamentare Amici della montagna nei confronti del C.N.S.A.S.?

«Riassumendo i temi di cui abbiamo parlato nel corso dell'intervista al primo punto è certamente la ricerca di nuove forme di finanziamento. I finanziamenti di cui oggi usufruisce il C.N.S.A.S. sono sicuramente a rischio in tutte le Finanziarie in quanto il Soccorso alpino e speleologico è messo assieme agli enti e alle associazioni più disparate, alcune delle quali probabilmente meritevoli di tagli. Per le prossime Finanziarie si dovrà vedere se è possibile accedere ad altri finanziamenti. Personalmente non capisco perché non debba esistere un capitolo specifico al Minsitero della Protezione civile poiché il Soccorso alpino e speleologico è inserito nella legge istitutiva della Protezione civile quale membro di diritto degli organi collegiali presso il Ministero stesso. Il secondo argomento riguarda invece l'operatività ovvero la questione delle frequenze radio. Attorno alla frequenza radio di soccorso si costruirà il futuro stesso dell'attività del Soccorso alpino e speleologico. In terzo luogo il tema della tutela dei tecnici del Soccorso. Tutela che assume delle coloriture anche localistiche perché vediamo che non c'è solo la tendenza da

parte degli organi di polizia di occuparsi di queste cose, ma anche i Vigili del fuoco tendono a farlo. In qualche caso anche gli elicotteri del 118 tengono un comportamento invasivo andando a fare dei soccorsi senza i tecnici della stazione locale del C.N.S.A.S.; questo credo sia non solo sbagliato ma anche in parte contrario alla legge. Infine credo che assieme si potrebbero studiare delle occasioni pubbliche di confronto riguardo tutti gli aspetti preventivi che il C.N.S.A.S. oggi non è in grado di gestire autonomamente per i bilanci così miseri. Credo ci siano anche problemi di informazione per far conoscere il vostro operato e fare della prevenzione. Questa è una questione che noi, in Valle d'Aosta, avvertiamo sempre più. L'ultima vicenda risale a quest'estate quando al laghetto del Miage c'erano dei turisti che per tutta la mattinata hanno visto cadere nel lago enormi pezzi di seracchi e per tutta risposta si sono messi a prendere il sole ai bordi del lago finché un pezzo più grande ha fatto debordare il lago. È chiaro che se ci fosse scappato il morto molte responsabilità sarebbero cadute sugli amministratori locali. La montagna è uno spazio libero che si presta alla libertà di ciascuno di noi quindi è giusto che ci siano regole, norme, che ci siano leggi che tutti debbano rispettare. Esiste però un aspetto informativo che deve precedere l'aspetto repressivo. Il fenomeno della montagna è un fenomeno di massa ma non è sufficientemente seguito. I gestori degli impianti a fune, ad esempio, stanno facendo uno sforzo enorme per informare gli sciatori. Il numero degli incidenti sulle piste è aumentato notevolmente; ciò vuol dire che bisogna educare la gente con delle campagne mirate».

Un'ultima domanda a lei non in veste di presidente del gruppo Amici della montagna ma quale valdostano.

Quale sarà l'impegno che si assumerà la Regione autonoma Valle d'Aosta nei confronti del 49° Congresso C.I.S.A. - I.K.A.R. che si svolgerà appunto in Valle d'Aosta nel settembre del 1997?

«Renzino Cosson si sta occupando dei rapporti con l'Amministrazione regionale e quindi sono certo che riuscirà a massimizzare gli interventi per questo importante incontro internazionale. Per la Valle d'Aosta è importante poter ospitare un evento così prestigioso sia perché verranno esperti da tutto il mondo sia perché è un'occasione per noi per confrontarci su un problema che, essendo noi una regione montana, abbiamo sul tappeto tutti i giorni a seguito dell'affermarsi dello sci e dell'alpinismo come fenomeno di massa. Comprendere le altre realtà di soccorso era il messaggio di un vostro grande presidente che mi ha onorato della sua amicizia: Franco Garda. È stato il primo, quando fui eletto giovane deputato nel 1987, a pregarmi di seguire da vicino i problemi del soccorso in montagna. Ritengo che questo sia l'unico modo serio per ricordare una persona genuina e di grandi valori umani quale era Franco Garda».



Val Gardena. Convegno internazionale «Aspetti tecnici e medici dell'elisoccorso in montagna». (Alessio Fabbriatore)

Segue dalla prima pagina

Gli aspetti tecnici e medici dell'elisoccorso in montagna

Domenica infine, a Passo Gardena, c'è stata la preannunciata esercitazione e l'esposizione degli inediti mezzi prodotti dalla Eurocopter e dalla Mc Donnell Douglas.

Non solo esposizione di mezzi ma anche dimostrazione di interventi sia con l'utilizzo del verricello che del gancio baricentrico. Ottimo regista della manifestazione Othmar Prinoth. Il convegno ha suscitato parecchi interrogativi che non hanno trovato immediata risposta e questo proprio a significare la delicatezza dell'argomento trattato.

L'incontro ha focalizzato l'importanza della collaborazione tra settore tecnico, medico e organizzativo nello svolgimento del soccorso aereo in montagna. Durante i lavori sono intervenuti numerosi medici con responsabilità diverse a livello di 118 in Italia e di organizzazioni come la Rega della Svizzera, della Flugrettungswacht della Germania, della Francia e dell'Austria. È stato possibile confrontare esperienze diverse in un settore molto particolare dell'emergenza.

L'elisoccorso in montagna è stato detto dai relatori richiede perfetta collaborazione con le organizzazioni di soccorso alpino operanti sul territorio, sfruttando in modo estremamente efficace le potenzialità del mezzo aereo. In questo modo è possibile ridurre i tempi di intervento di oltre dieci volte, permettendo sempre un trattamento medico avanzato, sul luogo, dell'infortunato. La possibilità di integrare l'elisoccorso attraverso la centrale operativa con gli ospedali disponibili e adatti completa la strategia di trattamento di pazienti gravi. Si è potuto notare come ormai le varie realtà europee siano ispirate da standard molto simili ed elevati.

La discussione e le relazioni che si sono via via susseguite hanno evidenziato soprattutto due ordini di problemi: da una parte la necessità di muoversi verso una maggiore integrazione internazionale della rete radio con l'obiettivo di arrivare ad un'unica frequenza internazionale di soccorso, dall'altra la necessità di arrivare ad una collaborazione transfrontaliera reale tra le diverse realtà del soccorso che operano sull'arco alpino. Il Governo italiano, è stato detto, ha già da tempo varato un accordo di cooperazione con il Governo svizzero che semplifica le

procedure per gli interventi extraterritoriali, ma questo ancora non basta. È stato inoltre sottolineato come un razionale sviluppo delle collaborazioni transfrontaliere potrebbe consentire un consistente abbattimento del costo degli interventi. Da rilevare comunque che entro la fine di quest'anno la Provincia autonoma di Bolzano e il Cantone dei Grigioni dovrebbero arrivare a siglare un accordo bilaterale che va in questa direzione. Nessun accordo esiste invece al momento attuale tra Svizzera e Austria.

Diversi i modelli organizzativi adottati dai Paesi dell'arco alpino: dal modello francese affidato esclusivamente ai professionisti della gendarmeria, a quello svizzero e italiano in cui servizio di elisoccorso e attività di volontariato trovano diversi gradienti di interazione.

Al convegno sull'elisoccorso ed il soccorso alpino di Selva ha partecipato anche il dottor Giampiero Ravagnan, direttore dell'Istituto di medicina sperimentale del C.N.R. Non solo ha seguito, con estremo interesse, i lavori congressuali ma ha contribuito con un intervento, a lungo applaudito, a favorire quello scambio di esperienze a livello internazionale che proprio il convegno di Selva ha saputo promuovere e, soprattutto, favorire.

Il dottor Ravagnan ha fatto un bilancio positivo della tre giorni organizzata con cura dal C.N.S.A.S. altoatesino presieduto da Lorenzo Zampatti. «A convegni di questo tipo presenzio da diversi anni, ma un'adesione come quella registrata a Selva non l'avevo mai vista. Inoltre, vorrei anche sottolineare la perizia dimostrata da tutti gli equipaggi degli elicotteri che hanno preso parte alla dimostrazione conclusiva nei pressi di Passo Gardena. È stato il fiore all'occhiello, che ha concluso degnamente i lavori congressuali».

Il dott. Ravagnan, che è anche l'autore della legge che ha istituito il 118 nel nostro Paese, ha sottolineato un altro particolare emerso proprio a Selva Gardena durante il convegno: «si è andati ben oltre i soliti discorsi che si fanno durante questi convegni, sono emerse soprattutto le esperienze fatte finora a livello europeo, sono state comparate fra di loro, si sono individuate prospettive di collaborazione transfrontaliera che sicuramente si concretizzeranno visto che

la volontà è tesa proprio in questa direzione».

Il dottor Ravagnan nel confermare la validità e l'importanza del convegno di Selva, è tornato sul discorso dell'assicurazione obbligatoria soprattutto per chi va in montagna: «chi scia, percorre un sentiero in quota o affronta la scalata di una parete si assume volontariamente dei rischi. Io credo che il sistema assicurativo dovrebbe farsi carico di questi rischi. In fin dei conti con poche migliaia di Lire ognuno ha la possibilità di farsi una sorta di garanzia, comunque importante, nell'eventualità di un qualunque tipo di incidente e quindi di un intervento di soccorso. Gli elicotteri ormai sono indispensabili anche per il soccorso meno impegnativo. Ma sono mezzi che costano e, soprattutto, richiedono l'impiego di personale molto preparato e che ha bisogno di continui aggiornamenti. Penso che una polizza assicurativa, e mi pare interessante l'idea, emersa anche a Selva di un supplemento finanziario che potrebbe essere richiesto con le tariffe necessarie per usufruire degli impianti a fune, sia l'unica strada praticabile anche per il recupero, almeno parziale, delle ingenti spese che richiedono sia la disponibilità che l'intervento degli elicotteri».

Notizie del CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO

Periodico specialistico quadrimestrale pubblicato dal Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico. Anno 2 (1996). Numero 6.

Registrazione presso il Tribunale di Gorizia n. 258 del 29.6.1995.

Editore: Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico

Direttore responsabile: Alessio Fabbriatore

Segreteria editoriale: Alessio Fabbriatore
via Fatebenefratelli, 26
34170 GORIZIA
(0481) 531514 (abitazione)
(0481) 82160 (studio)
(0337) 538792 (portatile)
fax (0481) 536840

Amministrazione: Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico
via Fonseca Pimentel, 7
20127 MILANO
(02) 26141375
fax (02) 2828010

Supervisione fotografica: Jurko Lapanja

Fotografie: Archivio C.N.S.A.S., Alessio Fabbriatore.

Impaginazione, fotocomposizione, stampa: Grafica Goriziana - Gorizia

Notizie del CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO stampato a Gorizia, dicembre 1996

Bilancio consuntivo del C.N.S.A.S. per il 1995

Approvato dal Consiglio nazionale del 19 febbraio 1996 ai sensi dell'art. 19 del R.G.
Approvato dall'Assemblea del C.N.S.A.S. del 9 marzo 1996 ai sensi dell'art. 30 del R.G.

STATO PATRIMONIALE

Attività	
<i>Gestione fondo solidarietà</i>	159.845.954
Titoli fondo solidarietà	155.000.000
Cariplo CC 15045	4.845.954
Banche	185.976.138
Cariplo CC 15046 TFR	3.017.521
Cariplo CC 14609 conto ordinario	182.958.617
Cassa	562.310
Cassa	562.310
C.A.I.	27.431.906
Residui 1995	27.431.906
Speleo	2.304.118
Disponibilità speleo	2.304.118
Attività	376.120.426
Crediti diversi	15.696.000
Prestito temporaneo Lazio	10.000.000
Fondo spedizione <i>Notizie C.N.S.A.S.</i>	5.969.000
Erario	3.053.000
IVA	3.053.000
CONTI PATRIMONIALI	394.869.426
Passività	
<i>Gestione fondo solidarietà</i>	133.458.000
Conto solidarietà	133.458.000
Mezzi propri	82.487.622
Mezzi propri	82.487.622
Fondo accantonamento TFR	3.218.866
Delibera 17/12/1994	93.542.199
Costi giustificati 1996	78.315.794
Debiti diversi	175.076.859
Passività	175.076.859
CONTI PATRIMONIALI	391.022.481
Totale attività	394.869.426
Totale a pareggio	394.869.426
Totale passività	391.022.481
Utile d'esercizio	3.846.945
Totale a pareggio	394.869.426

PROFITTI E PERDITE

Costi e spese	
<i>Viaggi</i>	95.389.103
Direzione e/o Consiglio CISA/IKAR	63.204.136
14.794.517	
Convegni Congressi	7.233.250
Viaggi assemblea	10.157.200

Centro coord. att. C.N.S.A.S.	167.328.065
Personale	40.551.318
Consulenza incarico sede centrale	44.752.439
Consulenze varie	23.005.785
Mobili e attrezzature ufficio	13.777.225
Stampati e cancelleria	14.337.860
Postali	9.704.050
Telefoniche	8.558.000
Distintivi/medagli	5.621.780
Colazioni di lavoro	6.126.900
Varie	892.708

Assicurazioni	553.164.194
Assicurazioni volontari	548.314.194
Assicurazione minsitero Difesa	4.850.000

Importi tasse	32.751.177
Canone radio	28.140.000
Fidejussione canone radio	844.200
Multa piano radio	2.388.910
Spese bancarie	1.278.337
Iscrizione I.V.A.	100.000

Attività promozionale	66.407.650
Abbonamenti, riviste, libri	339.000
Pubblicazione annuario	17.547.500
Conferenze stampa	1.411.800
Pubblicazione <i>notizie</i>	33.167.750
Produzione e acquisto audiovisivi	7.140.000
Abbonamento rassegna stampa	6.801.600

Commissione aerea	2.992.400
Viaggi e riunioni	2.992.400

Coord. speleologico	94.105.253
Viaggi e riunioni	33.203.130
Spese telefoniche	13.690.631
Stampa libretti recapiti	5.634.650
Materiale attività divulgativa	7.157.850
Varie trousse mediche	13.310.191
Acquisto strument. e materiali tecnici	21.108.498

Scuola medici	30.369.593
Viaggi e riunioni	8.821.750
Rimborso spese Istruttori	14.908.610
Acquisto materiali	89.473
Consulenza docenti esterni	707.000

Corso nazionale	1.812.760
Cso Perfezionamento Università Modena	1.000.000

Scuola tecnici	157.234.245
Viaggi e riunioni	9.589.688
Rimborsi gestione scuola	1.832.600
Rimborso spese istruttori	140.413.522
Produzione materiale didattico	5.398.435

Scuola U.C.R.	47.661.268
Viaggi e riunioni	4.248.320
Rimborso gestione scuola	1.239.220
Rimborso spese istruttori	7.566.990
Consulenza docenti esterni	605.550
Corso nazionale	16.082.370
Prove verifica	12.819.264
Consulenza veterinaria	5.099.554

Scuola U.C.V.	80.679.387
Viaggi e riunioni	4.870.600
Rimborso spese istruttori	4.050.200
Acquisto materiali	52.500
Consulenza docenti esterni	480.000
Corso nazionale	67.282.338
Prove verifica	702.050
Consulenza veterinaria	3.241.699

Costi	1.328.082.635
--------------	---------------

Altri proventi	5.425.242
Differenza acquisto titoli	5.425.242

Rettifiche ricavi	5.425.242
Totale	1.333.507.877

Contributo sr. regionale	
Contributo Servizi regionali	120.019.948

Ricavi

Sponsorizzazioni	24.469.220
Contributo CARIPOLO	20.000.000
Viaggi PC Roma	4.469.220

Altri proventi	22.866.515
Rimborso Iscrizione med. Modena	1.500.000
Gestione titoli	21.366.515

Interessi attivi bancari	6.519.087
Interessi attivi bancari	6.519.087

Finanziamenti C.A.I.	1.283.500.000
Finanziamento ordinario C.A.I.	802.500.000
Contributo straordinario C.A.I.	6.000.000
Contributo legge 162/92	475.000.000

Ricavi	1.337.354.822
---------------	---------------

Conti economici	1.337.354.822
------------------------	---------------

Rettifiche ricavi	5.425.242
--------------------------	-----------

Conti economici	1.337.354.822
------------------------	---------------

Totale costi e spese	1.337.354.822
-----------------------------	---------------

Avanzo di esercizio	3.846.945
----------------------------	-----------

Totale a pareggio	1.341.201.767
--------------------------	---------------

Totale ricavi	1.337.354.822
----------------------	---------------

Totale a pareggio	1.337.354.822
--------------------------	---------------

STATO PATRIMONIALE

Attività	376.120.426
Creditori diversi	18.749.000

TOTALE	394.869.426
---------------	-------------

Passività	391.022.481
Avanzo di gestione	3.846.945

TOTALE	394.869.426
---------------	-------------

Le attività sono costituite dalle voci relative al *fondo di solidarietà* (159.845.954), alle banche (185.976.138), ai residui crediti verso il C.A.I. (27.431.906) e alle disponibilità per il settore speleologico (2.304.118), nonché da crediti diversi (15.696.000) e da crediti nei confronti dell'erario (I.V.A. 3.053.000).

Nelle passività sono compresi, la gestione del fondo di solidarietà (133.458.000), la riserva ex mezzi propri (82.487.622) e i debiti diversi (175.076.859). La differenza fra i totali delle attività e delle passività evidenzia l'avanzo di gestione (3.846.945).

CONTO PROFITTI E PERDITE

Il conto profitti e perdite evidenzia ricavi per 1.337.354.822, costi e spese per 1.333.507.877 e l'avanzo di gestione sopra indicato per 3.846.945.

In relazione a quanto sopra esposto il Collegio, accerta che i dati esposti in bilancio corrispondono alle risultanze dei libri e delle scritture contabili e che la valutazione del patrimonio sociale è conforme ai criteri stabiliti dall'art. 2426 del Codice civile, avuto riguardo anche ai riscontri eseguiti nel corso dell'esercizio esprime parere favorevole all'approvazione del consuntivo in esame.

Milano, 1 marzo 1996

I Revisori dei conti

Ugo Grassi

Manlio Brumati

Claudio Di Domenicantonio

CLUB ALPINO ITALIANO CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO Collegio dei revisori dei Conti

Relazione dei revisori dei Conti al Bilancio consuntivo 1995 del C.N.S.A.S.

Il Bilancio consuntivo 1995 del C.N.S.A.S. approvato dal Consiglio nazionale in data 19 febbraio 1996, che viene sottoposto all'assemblea del C.N.S.A.S. del 9 marzo 1996, presenta le seguenti risultanze:

Vedere di notte come di giorno.

Europelco Italiana



Visori notturni Night Quest per vedere al buio.

Il loro sistema elettronico di amplificazione della luce consente di vedere nell'oscurità anche in assenza di sorgenti luminose, aumentando di migliaia di volte la debolissima luce comunque

presente. Un aiuto fondamentale nelle operazioni notturne, per ottimizzare la ricerca, la localizzazione e il coordinamento.

● Tre modelli, due monoculari e uno binoculare.

● Visione 1:1, con possibilità di lenti addizionali fino a ingrandimenti di 6x.

● La portata utile dipende dal livello di oscurità, e può arrivare fino a 6-800 metri.

● Estremamente robusti, stagni, ergonomici.

● Elevatissima qualità dell'elettronica e dell'ottica.

ITT
NIGHT QUEST



Per informazioni: Deck Marine s.r.l. Telefono 02.5691903 Importatore ufficiale Visori Notturni ITT

IL CEMEC HA FESTEGGIATO QUEST'ANNO IL DECENNALE CON UN INCONTRO A SAN MARINO

Centro europeo per la medicina delle catastrofi

«È fondamentale che il personale coinvolto abbia ricevuto un'appropriata formazione»

Daniele Chiappa

Il Centro Europeo per la Medicina della Catastrofi (C.E.Me.C.) che quest'anno ha festeggiato il proprio decennale ha per scopo la prevenzione e la riduzione delle conseguenze delle catastrofi naturali e tecnologiche mediante una serie di ricerche, di studi, di incontri culturali internazionali tra i vari paesi d'Europa.

È proprio nel nome della stretta collaborazione esistente con il Consiglio d'Europa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), l'Ufficio di coordinamento delle Nazioni unite per i soccorsi in caso di catastrofe e l'Università che il C.E.Me.C. apporta il suo contributo scientifico, educativo ed umanitario nella lotta contro la sofferenza e le devastazioni causate dalle catastrofi.

Nell'ambito di questi presupposti il C.E.Me.C. organizza annualmente numerosi corsi e congressi aventi per argomento:

1. la gestione dei rifugiati e degli spostamenti delle masse di popolazioni in caso di calamità;
2. aspetti psicologici nelle grandi emergenze;
3. emergenze tossicologiche;
4. ustioni e disastri da fuoco;

Nel mese di novembre di quest'anno ho avuto l'opportunità di frequentare uno di questi corsi, per una durata di sei giorni, denominato: *Aspetti organizzativi e misure di primo soccorso nell'emergenza extraospedaliera e nella maxiemergenza.*

Ho deciso di aderire all'iniziativa in questione per una serie di motivi, soprattutto connessi al ruolo che attualmente sono chiamato a

svolgere nell'ambito del C.N.S.A.S. lombardo.

Infatti ritengo che conoscere le problematiche esterne allo specifico argomento del soccorso in montagna e in cavità faciliti una visione più completa e più organica della materia in generale e ne favorisca la reciproca integrazione culturale e operativa.

Il taglio del corso è risultato estremamente gradito ai numerosissimi partecipanti e la sua articolazione ha previsto due separati momenti quotidiani entrambi *full immersion*:

a. il mattino dedicato alle relazioni scientifiche tenute dai docenti C.E.Me.C. italiani, e stranieri;

b. il pomeriggio dedicato alla gestione pratica dell'intervento realizzando simulazioni di soccorso ordinario nei vari ambiti territoriali e ospedalieri fino alla gestione organizzativa della grande catastrofe.

In riferimento alla mia partecipazione nella veste di tecnico di soccorso alpino, inserito in un gruppo composto da operatori del soccorso rotabile, infermieri professionali, medici anestesisti rianimatori, medici di base, medici di guardia medica, coordinatori dei servizi di urgenza emergenza 118 provenienti da tutta Italia e dall'estero, sono convinto di poter affermare di aver migliorato il mio *bagaglio* personale, sia per la parte sanitaria generale che per quella organizzativa pur riconoscendo che al termine della settimana mi sentivo fisicamente e psicologicamente stanco considerato i ritmi frenetici imposti dal programma.

Basic Life Support, Basic Trauma Life Support, Advanced Life

Support, Advanced Trauma Life Support, Advanced Cardiac Life Support, Pre Hospital Trauma Life Support: sigle importantissime indicanti i diversi livelli di formazione e simulazione sviluppati a San Marino dai docenti C.E.Me.C., capaci di farsi capire correttamente anche da operatori estremamente *tecnici* e poco *sanitari* come me.

Chissà se in mezzo a queste sigle potrà collocarsi in futuro un *Advanced Mountain en Caving Life Support*; forse il Soccorso alpino e speleologico potrebbe anche affidarsi, per la qualificazione del suo personale, a questa importante struttura riconosciuta a livello internazionale.

A questo proposito ho appreso con estremo interesse che il C.E.Me.C. ha realizzato l'istituzione di un laboratorio permanente con caratteristiche di multidisciplinarietà (auspicando e promuovendo la stretta collaborazione di specialisti di diversa estrazione filosofica) e di trasversalità (essendo rivolto alle diverse figure coinvolte negli aspetti sanitari e organizzativi dell'emergenza) dove:

1. poter confrontare esperienze scientifiche e operative;
2. programmare contenuti e metodi di ricerca e di lavoro comuni;
3. elaborare protocolli standardizzati attuabili nelle diverse realtà operative;
4. standardizzare metodi didattici e formativi delle varie componenti;
5. provvedere alla diffusione della cultura dell'emergenza ordinaria e delle problematiche specifiche della Medicina dei disastri.

I mezzi di attuazione di questo

progetto sono:

- a. un corso residenziale annuale della durata di una settimana di compendio sulle problematiche specifiche sanitarie ed organizzative di Medicina dei disastri;
- b. corsi di addestramento e formazione che riguardino specifici argomenti sanitari della Medicina dell'emergenza e dei disastri;
- c. elaborazione di materiale didattico a scopo di diffusione di criteri uniformati alle proposte già codificate a livello internazionale;
- d. protocolli di studio prospettico su problematiche specifiche dell'emergenza extraospedaliera e della Medicina dei disastri;
- e. creazione dei rapporti di collaborazione con Centri di formazione già esistenti in Europa.

Tutto ciò in ossequio all'osservazione che gli aspetti educazionali e formativi del personale sanitario, medico, infermieristico, tecnico e volontario costituiscono il nucleo fondamentale per la migliore risposta all'emergenza ordinaria e straordinaria. Quindi una buona organizzazione e la disponibilità di mezzi non è condizione sufficiente per affrontare situazioni di emergenza se il personale coinvolto non ha ricevuto un'appropriata formazione.

Da parte mia, ringraziando gli organizzatori per l'esperienza vissuta e al di là di qualsiasi possibile futura collaborazione tra C.E.Me.C. e C.N.S.A.S. considerata l'eccellenza degli argomenti trattati e il clima respirato in quei giorni, farò il possibile per essere di nuovo della partita nel 1997.

Comunicazioni della redazione

Con questo numero *Notizie del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico* sarà recapitato a tutti i senatori e deputati aderenti al Gruppo parlamentare *Amici della montagna*, oltre che a tutte le sezioni e sottosezioni del Club alpino italiano e, non certo per ultimo, al comando 1° R.O.C. Soccorso aereo R.C.C. Monte Venda e al Comando 3° R.O.C. Soccorso aereo R.C.C. Martina Franca.

Si ritiene che questo tipo di iniziative siano indispensabili per portare a conoscenza dell'attività e delle problematiche del C.N.S.A.S. tutti quegli enti e quei soggetti pubblici e privati che collaborano fattivamente con il Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico.

Prinoth presidente della C.T. della U.I.A.G.M.

Il 5 ottobre 1996, in occasione della assemblea dei Delegati dell'U.I.A.G.M. (Unione Internazionale delle Associazioni Guide di Montagna) a Zermatt, Othmar Prinoth è stato eletto quale presidente della C.T. U.I.A.G.M. (Commissione Tecnica Internazionale delle Guide Alpine). Tredici i Paesi membri effettivi con un totale di quindici associazioni guide che fanno parte dell'U.I.A.G.M. e cioè:

Italia (AGAI, Valle d'Aosta, Alto Adige), Austria, Svizzera, Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna, Norvegia, Slovacchia, Giappone, Nuova Zelanda, Canada e Perù.

Altri cinque Paesi hanno fatto richiesta ufficiale di associarsi e cioè: Slovenia, Polonia, U.S.A., Svezia e Grecia.

La legislatura di Othmar avrà inizio nell'ottobre 1997 e durerà quattro anni. Questo anno, transitorio, affiancherà il presidente uscente che è la guida alpina Ernst Konzett (Austria).

IL SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO LIGURE SASL - LA SPEZIA - GENOVA - SAVONA - FINALE LIGURE - VENTIMIGLIA

Cinque stazioni alpine e una speleologica

Davide Battistella

In Liguria il Soccorso alpino e speleologico è operante da oltre dodici anni svolgendo la propria opera senza alcun scopo di lucro ed avvalendosi dell'opera che i suoi aderenti svolgono solo ed esclusivamente sotto la forma del volontariato.

La configurazione orografica della regione caratterizzata da zone alpine ed appenniniche assai estese, e la presenza di due importanti palestre di roccia quali quelle di Finale Ligure nel Savonese e quella del Monte Muzzerone nella provincia di La Spezia hanno richiesto un sempre maggior impegno al quale il Soccorso alpino ligure ha assolto con responsabilità, professionalità e con una organizzazione sempre più adeguata.

Il Soccorso alpino ligure è costituito da cinque stazioni di soccorso situate nelle zone a più elevata sinistrosità ed una stazione di soccorso speleologica; conta 160 tecnici di soccorso di cui 130 alpini e 30 speleologi, 23 medici, 10 infermieri

professionali e 4 unità cinofile da ricerca in superficie, tutto personale altamente qualificato in grado di operare in ogni condizione utilizzando le tecniche più sofisticate.

Le stazioni di soccorso sono situate a La Spezia, Genova, Savona, Finale Ligure e Ventimiglia. La stazione speleologica è organizzata regionalmente.

Ogni stazione assicura un servizio di reperibilità sull'intero territorio provinciale utilizzando una rete di apparecchi cercapersone in dotazione dei tecnici e dei medici del soccorso alpino. Inoltre nei festivi e nei prefestivi nelle palestre di roccia del Muzzerone e di Finale Ligure sono presenti in loco due tecnici di soccorso ed un medico del soccorso alpino con tutta l'attrezzatura d'intervento.

Le comunicazioni radio vengono effettuate sulla frequenza del C.N.S.A.S. ovvero 71.500 con l'utilizzo di un ponte situato nello spezzino mentre altri due ponti verranno posizionati nel ponente ligure.

Il Soccorso alpino ligure opera

in piena efficienza ed è totalmente idoneo a svolgere i compiti che gli sono affidati ed opera su tutto il territorio regionale secondo i dettami stabiliti dal quadro legislativo nazionale che disciplina la materia e inoltre si muove in piena aderenza alla legge n. 15 del 14/4/93 della Regione Liguria che favorisce e sostiene l'attività del S.A.S.L. diretta all'organizzazione del soccorso e alla prevenzione degli incidenti derivanti dallo svolgimento delle attività escursionistiche, alpinistiche e speleologiche.

Per quanto riguarda l'uso dell'elicottero il S.A.S.L. utilizza sia per l'addestramento che per gli interventi gli AB212 S.A.R. dell'Aeronautica militare di Linate e Grosseto con i quali ha raggiunto ormai un alto livello di specializzazione inoltre per il levante ligure vengono utilizzati anche i velivoli della Marina militare con base a Luni e recentemente si è avviato un ottimo rapporto di collaborazione con l'Elinucleo dei Carabinieri di

Pisa per quanto riguarda la zona della provincia di La Spezia. Per la preparazione del proprio personale sia tecnico che medico il comune di La Spezia ha affidato al Soccorso alpino ligure nel paese di Campiglia nelle Cinqueterre un edificio che è stato adibito a centro operativo del S.A.S.L. e a Scuola regionale presso il quale è stata istituita una centrale operativa regionale alla quale confluiscono per ora le chiamate di soccorso. Inoltre in questa sede vengono effettuati corsi di formazione e di aggiornamento del S.A.S.L. con la possibilità di effettuare anche prove pratiche nella vicina palestra di roccia del Muzzerone.

Con l'entrata in funzione anche in Liguria del 118 la ricettività delle varie richieste di soccorso arriverà alle rispettive centrali operative le quali allenteranno direttamente il C.N.S.A.S.

Per ora sono stati stipulati protocolli operativi con le centrali di Imperia soccorso, Savona soccorso e Spezia soccorso con allertamento

diretto del personale del Soccorso alpino tramite radio o teledrin.

Sicuramente il funzionamento delle centrali operative 118 garantirà un più rapido allertamento delle nostre squadre ed un miglior coordinamento con altre strutture sanitarie, e non, presenti sul territorio.

I numeri del Soccorso alpino ligure

Cinque Stazioni di soccorso alpino: La Spezia, Genova, Savona, Finale Ligure, Ventimiglia.
Una Stazione speleologica regionale.

- 160 Tecnici di soccorso
- 130 Alpini
- 30 Speleologi
- 23 Medici
- 10 Infermieri professionali
- 4 Unità cinofile ricerca in superficie

- Anno 1995
- 112 Missioni di soccorso
- 560 Giornate di lavoro
- 605 Tecnici di soccorso impiegati



COMMISSIONE MEDICA - COMMISSIONE VALANGHE - COMMISSIONE TERRESTRE - CO

Commissione internazionale soccorso

È quanto mai necessario proporre un rilancio della CISA-IKAR che deve adeguarsi alle realtà
«La prevenzione» sarà il tema del 49° Congresso che si svolgerà nel settembre del 1997 in

a cura di Alessio Fabricatore

Il 48° Congresso C.I.S.A.-I.K.A.R. (Commissione Internazionale Soccorso Alpino) si è svolta in Polonia a Karpacz, località turistica situata sui monti Sudeti in prossimità del confine con la Repubblica Ceca, dal 18 al 22 settembre 1996.

Durante il congresso si sono riunite quattro commissioni di lavoro, questi i rappresentanti per l'Italia:

Commissione medica (dott. Renato Misischi e per la prima volta un medico rappresentante del Soccorso speleologico dott. Ugo Vacca);

Commissione aerea (Daniele Chiappa);

Commissione terrestre (Lorenzino Cosson);

Commissione valanghe (Othmar Prinoth).

La commissione medica, ribadito il concetto che il soccorso in montagna deve essere un soccorso medicalizzato, ha definito le modalità operative dei medici durante le operazioni di soccorso alpino.

Nella Commissione aerea (elicotteri) è stato ribadito, a livello internazionale, l'utilizzo sia del gancio baricentrico sia del verricello a seconda delle necessità operative.

In sintesi sono entrambi efficaci e l'utilizzo dell'uno o dell'altro va valutato paritetica-mente dal pilota e dal tecnico di elisoccorso (colui che effettua praticamente l'intervento).

Da notare comunque che in Italia negli ultimi anni si sono verificati incidenti, alcuni anche mortali con l'utilizzo del verricello.

Durante i lavori è stato messo in discussione il sistema di imbarco e sbarco dall'elicottero effettuato con volo stazionario della macchina a pochi metri da terra o con un pattino appoggiato sul terreno. Alcuni piloti hanno evidenziato la pericolosità di tale manovra. Nel caso intervengano forze esterne (naturali o causate dai tecnici elisoccorritori durante l'elisbarco-imbarco) che potrebbero compromettere il delicato equilibrio in cui si trova la macchina durante il volo stazionario.

A supporto dei lavori il Soccorso alpino polacco ha organizzato una simulazione di intervento di soccorso in parete ed in lago con elicottero.

I soccorritori si sono calati lungo corde fisse dall'elicottero in volo stazionario, hanno agganciato alle stesse gli incidentati (che sono stati trasportati via agganciati alle corde fisse) e successivamente i soccorritori stessi sono risaliti sull'elicottero con tecniche speleologiche di

risalita su corda.

Questa manovra di risalita è alquanto discutibile. Sono state eseguite, sempre dall'elicottero, anche più collaudate e sicure calate e recuperi con il verricello.

Si è confermata, ancora una volta, l'indispensabilità dell'utilizzo dell'elicottero per garantire in montagna un soccorso tempestivo.

Nella commissione terrestre è stata presentata la versione quasi definitiva della barella Garda, frutto della collaborazione tra il soccorso alpino valdostano e quello francese. La barella è dedicata alla memoria della guida alpina Franco Garda, per un lustro presidente del C.N.S.A.S.

La commissione valanghe ha visto ancora una volta il dualismo tra la visione del soccorso su valanga della scuola centro-europea e quella latina. Si è discusso ancora sulla necessità o meno di individuare ed organizzare con segnali convenzionali l'area valanghiva.

A conclusione del congresso il capo della delegazione italiana Armando Poli ha presentato ufficialmente il 49° congresso che si svolgerà nell'autunno del 1997 in Italia in Valle d'Aosta.

Ancora una volta la C.I.S.A.-I.K.A.R. si è dimostrata essere un pachiderma dal funzionamento molto lento.

Nelle varie commissioni si discute e ridiscute per anni il medesimo problema giungendo raramente ad una conclusione pratica che possa essere adottata dai vari paesi aderenti.

Anche la consuetudine di tradurre, durante i lavori, tutto, con una traduzione alla volta, nelle tre lingue ufficiali C.I.S.A.-I.K.A.R. ovvero tedesco, inglese e francese porta a delle perdite di tempo eccessive.

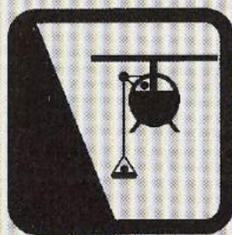
Ancora peggio per quanto riguarda l'informazione quasi inesistente (il Bollettino riporta normalmente solo necrologi ed il verbale del congresso annuale).

Proprio per migliorare l'informazione il C.N.S.A.S., nella persona del nostro presidente Armando Poli, ha offerto alla C.I.S.A.-I.K.A.R., nella persona del suo presidente Martin Schori, una pagina del periodico Notizie del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico. Da sempre Notizie viene inviato ai membri C.I.S.A.-I.K.A.R.

Ci auguriamo che nel Congresso del 1997, che avrà per tema la prevenzione, la C.I.S.A.-I.K.A.R. faccia un'analisi riguardante anche la sua funzionalità e il suo ruolo.



Per dovere di cronaca e di paternità ricordiamo che il simbolo della C.I.S.A.-I.K.A.R., come quelli delle Commissioni sono state realizzate dall'inesauribile e vulcanico Daniele Chiappa.



Commissione medica

Ai lavori della Commissione medica della C.I.S.A.-I.K.A.R. hanno partecipato i rappresentanti di numerose nazioni europee e americane (U.S.A. e Canada). I rappresentanti italiani sono stati il sottoscritto e Ugo Vacca (responsabile della Commissione medica speleologica).

Sono stati discussi ed approvati alcuni dei protocolli già trattati nelle precedenti riunioni, quali il kit modulare di soccorso, la farmacia per i rifugi, il drenaggio toracico, il trattamento di fratture e lussazioni; rimandati alla prossima riunione i protocolli sull'ipotermia, ed in particolare i problemi legati alla misurazione della temperatura corporea sul terreno, alla valutazione della presenza di una camera d'aria davanti alla bocca del seppellito, ai triage, alla misurazione del livello plasmatico del potassio, alla necessità di sviluppare le indicazioni operative tenendo conto dei differenti livelli di conoscenze sanitarie da parte dei soccorritori.

Il trattamento del dolore e l'intubazione sul terreno hanno determinato ulteriori discussioni e proposte tecniche che saranno riproposte in futuro, quando i documenti saranno adattati alle esigenze ed esperienze di ciascun paese (l'importanza dei punti è tale da giustificare la reiterazione e modifica dei relativi protocolli negli ultimi anni).

Saranno raccolti i programmi di formazione del medico di soccorso attuati nei diversi paesi (Saragozza, Tolosa, Grenoble, Modena), al fine di verificare la possibilità di concordare un programma di formazione unico (od almeno omogeneo) a carattere europeo.

Nella riunione congiunta con la Commissione valanghe è stato affrontato un drammatico problema: in caso di valanga, sull'elicottero, sale prima il cinofilo con il cane o il medico? Stimolati dalla vivacissima

discussione, dopo aver confermato che in Italia il problema non si pone (partono insieme, come in Francia) ho proposto che in assenza di normative o di accordi locali sarebbe risolutivo utilizzare dei medici che (sono reperibili ovunque...) lavorino come un cane.

Come nuovi progetti sono stati anche individuati: lo studio per la protezione da possibili infezioni durante le operazioni di soccorso, una raccolta dati europea sugli incidenti in ambiente montano, l'inserimento nelle prossime riunioni di problematiche inerenti il canyoning e le grotte (in questo gruppo di lavoro è stato ovviamente inserito Ugo Vacca).

La prossima riunione della C.I.S.A.-I.K.A.R. si svolgerà, come è noto, in Italia (Valle d'Aosta): con Carlo Vettorato organizzeremo un convegno satellite, a carattere medico, sulle problematiche del soccorso in montagna, che si terrà il giorno precedente l'inizio dei lavori della C.I.S.A.-I.K.A.R.

Renato Misischi

Commissione valanghe

È impossibile sintetizzare quanto osservato ed ascoltato a Karpacz in seno alla Commissione valanghe. Certo è che dalle relazioni presentate dagli specialisti provenienti da tutto il mondo la parte preponderante degli argomenti si è indirizzata verso l'analisi delle statistiche degli incidenti in valanga del periodo nivologico '95-'96.

Grazie alla stretta collaborazione di Ernesto Bassetti, presidente del Servizio valanghe italiano, presente in Commissione e facente parte della squadra italiana ho potuto capire gli aspetti scientifici che per via della traduzione a volte mi sfuggivano. Questa sinergia, alla fine, ha prodotto un collegamento

determinante per la stabilità propositiva delle indicazioni italiane.

Tra tutte le relazioni vorrei esporre le due più significative.

Lo svizzero Franck Tschirki ha presentato una serie di grafici dimostrando con minuziosa esattezza la mappatura degli incidenti in valanga del territorio svizzero, quindi i picchi degli incidenti (Natale e carnevale), e un diagramma semplice ma molto preciso di quanto sia importante l'autosoccorso per il recupero in vita dei travolti. Ancora per finire Tschirki ha presentato una classifica relativa ai migliori metodi da utilizzarsi in autosoccorso che vede al primo posto la ricerca vista/udito quindi l'A.R.Va. e di seguito la sonda.

François Vallà responsabile C.I.S.A.-I.K.A.R. della Commissione valanghe e rappresentante francese ha invece presentato due incidenti di cui uno particolarmente interessante di seguito descritto.

Nel gennaio 1996, in una zona glaciale tenuta sotto controllo dallo stesso Vallà e valutata non particolarmente a rischio, mentre il nuovo direttore di stazione, al suo primo giorno di lavoro effettuava il giro di ricognizione per la conoscenza del comprensorio in compagnia del responsabile delle piste, diventa testimone, suo malgrado, di una valanga di grosse dimensioni che si abbatte sulla pista sottostante travolgendo sette sciatori; nonostante l'immediatezza dei soccorsi uno dei sette sciatori muore per lesioni al rachide cervicale; il direttore della stazione, malgrado quello fosse il suo primo giorno di lavoro viene incriminato a seguito dell'inchiesta giudiziaria avviata dopo l'evento.

Dopo questa sentenza estremamente dura la società degli impianti di risalita di quella località decide di installare, due impianti di distacco valanghe programmati: si tenga presente che il parere degli esperti francesi del CEMAGREF, interpellati in precedenza, avevano valutato quella situazione di pericolo minime.

Vallà sottolinea, in conseguenza a questa analisi, che se si usasse lo stesso criterio utilizzato dalla stazione sciistica coinvolta nell'incidente moltiplicandolo per tutte le stazioni sciistiche francesi si dovrebbero installare migliaia di questi impianti al solo ed esclusivo scopo di proteggere, oltre il necessario, i responsabili delle stazioni stesse.

All'Italia è quindi toccata la presentazione dell'evento valanghivo senza vittime ma potenzialmente uno dei più catastrofici e più importanti della passata stagione sul territorio nazionale: quella delle due valanghe della Grigna Settentrionale o Grignone ubicata nell'area lecchese.

Essendo stato personalmente impegnato nelle due operazioni ho potuto rappresentare con cura e con una cospicua serie di diapositive lo sviluppo di quanto avvenuto rimarcando che questo tipo di evento può diventare un disastro immane se si pensa che sulla linea diretta di salita è possibile contare, nelle giornate di fine settimana, anche duecento per-

MISSIONE AEREA

o alpino

operanti sui vari territori Italia in Valle d'Aosta



sone in fila una dietro l'altra.

Le difficoltà di recupero in termini di soccorso organizzato risulterebbero in questi casi estremamente difficili in quanto la popolazione interessata risulta, per almeno il 95%, sprovvista di A.R.Va.

L'incidento può essere così sintetizzato.

Quattro escursionisti escono, prima della cresta sommitale, dalla pista tracciata direttamente tagliando di fatto il pericolosissimo pendio sulla sinistra. Al momento del distacco sulla traccia di salita si trovano più di 150 persone che fuggono sul lato destro salvandosi: dei quattro tre vengono travolti e conseguentemente espulsi a lato della valanga mentre il quarto viene trascinato per più di 400 metri finendo, dopo un salto nel vuoto di una ventina di metri sul primo grosso accumulo, fortunatamente per lui, solo con una ferita sopraccigliare ed un grande spavento.

Esattamente due mesi dopo, sempre sullo stesso pendio, uno sci alpinista mentre scende il fradicio pendio in orario pomeridiano, in un cambio di direzione determina meccanicamente, senza accorgersene, una frattura del pendio staccando dopo circa una decina di minuti una valanga di enormi dimensioni che ha coinvolto una trentina di escursionisti presenti sulla traccia di salita: di questi molti sono riusciti a non farsi trascinare dal letto di scivolamento della valanga mentre per quattro di loro si è dovuto procedere al disseppellimento perché parzialmente inghiottiti dai blocchi. Lo sci alpinista in questione, (osservati i tempi indicati dai testimoni sicuramente si sarà trovato 500 metri più sotto) avrà potuto osservare il suo capolavoro in differita.

Sia per il primo che per il secondo caso i provocatori delle valanghe sono fuggiti facendo perdere le loro tracce, non lasciando alle squadre dei soccorritori indicazioni utili per le ricerche, avvenute in entrambi i casi, con le conseguenti forti difficoltà dovute alla cattiva informazione e alla fitta nebbia.

In riferimento a queste particolari situazioni si è determinata di conseguenza una analisi attenta in riferimento all'adozione dell'apparato A.R.Va. anche su itinerari prevalentemente escursionistici o su itinerari alpinistici di alta quota in periodo estivo, ricordando a tale proposito anche le valanghe avvenute durante il maltempo '96 in Himalaia.

Di seguito è sembrata importante, sulla scorta di alcune proposte, la sottolineatura del rappresentante della Sottocommissione prevenzione, lo specialista francese Jean Paul Zuanon, sulla necessità di lavorare correttamente e con più forza per favorire la conoscenza globale del rischio valanghe, in particolare del rischio di mortalità in valanga e delle fondamentali tecniche dell'autosoccorso di gruppo.

La proposta, a parere dello scrivente, risulta importante e decisamente operativa visti anche i risultati ottenuti negli ultimi anni dalla stessa Sottocommissione (si ricordi la scala unificata di rischio).

Di fatto sembra si sia creata una separazione filosofica estremamente positiva, anche se molto critica, all'interno della Commissione valanghe che renderà più frizzante la vita futura della stessa.

La non eterogeneità tecnico-operativa dei componenti della Commissione valanghe ha portato nel prosieguo dei lavori a valutazioni quanto mai scontate come la priorità di trasporto sulla valanga del medico o del cane.

Sull'arco alpino, dove esistono i poli di Elisoccorso sanitario vi è la reale possibilità di trasportare sia medico che U.C.V. con il medesimo volo.

La risposta a questa ultima analisi è stata data dal nostro dottore, Renato Mischi, che, presente all'ultima giornata dei lavori della Commissione valanghe, ha simpaticamente concluso la stessa indicando ai rappresentanti C.I.S.A. dei paesi dove non si è ancora raggiunto questo standard operativo che, «vista l'impossibilità di trovare un cane che faccia bene il medico sarebbe molto più semplice identificare un medico che lavori come un cane per diminuire i tempi di intervento e favorire l'immediatezza dei soccorsi».

Banale e scontata la conclusione della Commissione valanghe che dovrebbe, alla fine delle varie sessioni, preparare delle mozioni/raccomandazioni da presentare a livello internazionale.

Con la sola risposta favorevole di Italia e Francia si rimanda alla prossima riunione l'unica mozione relativa all'uso degli A.R.Va. anche durante le ascensioni estive in alta montagna!

Sembra assurdo che consessi di questa importanza, avendo sott'occhio gli scenari internazionali peruviani o himalaiani e meglio ancora gli scenari delle Alpi in periodo estivo, non si rendano conto o siano così poco sensibili per non procedere ad una così ovvia raccomandazione.

Seguono discussioni più o meno animate tra cui si evidenzia l'importanza di emettere, anche nel periodo estivo, il bollettino valanghe.

Per lo scrivente potrebbe essere interessante, verificando il calendario incidentistico internazionale '95/'96, che la Commissione valanghe, attraverso un Istituto come quello di Davos o similari, faccia da centro di ricezione informazioni emettendo bollettini giornalieri e fornendo, attraverso una banca dati internet, giorno dopo giorno il numero degli incidenti in valanga con il numero dei coinvolti e il numero delle vittime. Sarebbero così forniti in modo quotidiano, e non terroristico, dati reali scientifici dello stato internazionale delle valanghe. Si migliorerebbe con questo, oltre allo stato cartaceo statistico della Commissione valanghe, anche l'informazione della popolazione alpinistica, sci alpinistica, escursionistica e rurale, salvando virtualmente oltre che molte vite anche la foresta amazzonica.

Daniele Chiappa

Commissione terrestre

Nell'ambito della sessione di lavoro della Commissione soccorso terrestre non si sono riscontrate novità di rilievo.

Da rimarcare comunque le problematiche proposte dai rappresentanti dell'A.V.S. riguardo le difficoltà e le sicurezze da adottare in caso di soccorso di incidente di parapendio (disattivazione dei sistemi di soccorso-paracadute d'emergenza che possono rivelarsi pericolosi per il soccorritore).

I rappresentanti francesi hanno illustrato con materiale fotografico la pratica del soccorso per il canyoning, riportando vari esempi di interventi realmente avvenuti.

La delegazione svizzera ha invece posto l'attenzione dei partecipanti sulla necessità di operare nella prevenzione degli incidenti in

un'operazione di elisoccorso, dopo un breve giro di opinioni la Commissione aerea elabora il testo di otto semplici ma altrettanto importanti raccomandazioni indirizzate all'utente.

(Riportiamo il testo originale in inglese).

1. Wear bright coloured clothes
 2. Use the «V» sign in case of distress
 3. Use the «NO» sign if you need no assistance
 4. Secure any possible flying objects
 5. Not move until ordered by rescuer (s)
 6. If someone is going for help, stay where you are!
 7. If you are above a rescue operation, don't move, you may dislodge debris
 8. All non participating aircraft must stay away from rescue operation
- b. Al secondo punto dell'ordine del giorno si sono elaborate due raccomandazioni per i costruttori di elicotteri da soccorso. (testo originale

in operazioni di soccorso sopra i confini statali.

3. Trasmettere ogni due minuti e comunque sempre in fase di decollo e atterraggio dei messaggi ciechi sulla frequenza 130.35 MHz. Usare possibilmente la lingua inglese in modo da essere compresi anche da eventuali piloti stranieri.

d. Si passa poi ad analizzare una serie di incidenti aerei avvenuti durante l'anno 1986.

In Svizzera un *Superpuma* militare in fase di atterraggio viene a collisionare con un *Jetranger* civile in fase di decollo. Il *Jetranger* precipita mentre il *Puma* riesce ad atterrare. Questo è il motivo per cui il *Bundesamt für Zivilluftfahrt* (ufficio per l'aviazione civile) ha emanato disposizioni ai piloti di chiamare sulla frequenza 130.35.

Un *Agusta 109 K2* svizzero, durante un'operazione con verricello, indietreggia, colpisce e trancia un cavo con il rotore di coda. Il pilota riesce ad effettuare un'atterraggio di emergenza.

Un *Ecureuil B2* con a bordo pilota, tecnico e medico urta probabilmente perché abbagliato dal sole contro una cresta rocciosa e precipita poi su uno chalet.

Un *Jetranger* precipita su un ghiacciaio a quota 3700 metri molto probabilmente a causa di un'errata valutazione da parte del pilota. I cinque passeggeri sopravvivono all'impatto che distrugge completamente la macchina.

In Francia un velivolo si schianta contro una collina innevata, dopo un soccorso riuscito anche con condizioni di visibilità precarie.

In Austria un *Agusta 109* si schianta contro una montagna e poi esplose. Tutti i cinque passeggeri rimangono uccisi.

Alla fine della seduta, ci sono stati ancora molti interventi di carattere generale.

Da parte del rappresentante norvegese è stato presentato il sistema di pronto impiego alle basi norvegesi.

Da loro i piloti fanno quindici giorni di pronto impiego h24. Questo è reso necessario vista la grande lontananza di alcune basi e conseguenti problemi di trasferimento.

Refondini e Habringer relazionano circa voli di addestramento effettuati sia negli Stati Uniti che in Europa con i nuovi elicotteri del tipo *MD 900 Explorer* e *EX 135*.

Refondini presenta un nuovo gancio del verricello Rega che impedisce lo sganciamento accidentale della corda o del moschettoni.

Refondini consiglia l'assoluta priorità dell'uso del verricello in operazioni di soccorso. Questo fatto è contestato da Habringer (Austria) il quale sostiene che molte volte è conveniente l'uso della corda fissa per poter evacuare medico, tecnico ed infortunato in una rotazione sola.

Anche la Commissione terrestre esprime perplessità sul punto sostenuto da Refondini.

D'accordo sono sia Refondini che Habringer nell'uso limitato dello sbarco e dell'imbarco in *hovering*. Habringer addirittura dice che con lui un'elivolo in *hovering* è vietato visti i problemi di risonanza.

In fine si propone di intervenire presso tutti i Governi per evidenziare il grosso problema dei cavi non cartografati e segnalati.

Othmar Prinoth



Polonia. Karpacz. 49° Congresso C.I.S.A.-I.K.A.R. Soccorso di incidente di parapendio. (Alessio Fabbriatore)

montagna, proponendo l'intenzione di creare una serie di video cassette sull'argomento.

Renzino Cosson

in inglese).

BASIC HELICOPTER RESCUE EQUIPMENT

We strongly recommend to equip any helicopter dedicated to air rescue with:

1. Rescue Winch (min. 2 Pers.);
2. Double attachment system for fix line operation.

Queste necessità devono essere prese in considerazione già in fase di progettazione del velivolo per evitare successivi aggiustamenti.

c. Al terzo punto si è discusso delle responsabilità dei componenti dell'equipaggio di soccorso aereo e stabilito quanto segue: (testo originale in inglese)

The pilot has the final word in approving the on board equipment he decides to operate.

The pilot and rescuer (Chief, Leader) should collaborate to determine tactics and/or techniques to be used.

Ulteriori raccomandazioni indirizzate soprattutto ai piloti sono state espresse da parte del Presidente Refondini.

1. Usare il meno possibile il volo strumentale.
2. Usare la frequenza VHF 123.10 per coordinare i velivoli impegnati

Commissione aerea

In via eccezionale ho partecipato quest'anno ai lavori della Commissione aerea. La Commissione valanghe del C.N.S.A.S. ha infatti deciso di presentare alla C.I.S.A. l'evento valanghivo della Grigna Settentrionale. Visto che Daniele Chiappa era presente sul posto e che era stato diretto testimone oculare delle operazioni svolte, sembrava più logico far relazionare a Daniele stesso circa lo svolgimento dei lavori.

Dopo la presentazione dei partecipanti ai lavori della Commissione aerea, il Presidente Silvio Refondini (CH) passa al primo punto dell'ordine del giorno.

a. Raccomandazioni all'utente per la prevenzione di incidenti.

Evitando volutamente di entrare in lunghi discorsi filosofici circa la prevenzione degli incidenti durante

L'Emergenza ad alto livello: i corsi di formazione all'Università di Modena per i medici del CNSAS

«È ancora carente l'informazione periferica»

Renato Misischi

Il 26 ottobre si è concluso il corso 1996 di formazione post-laurea per l'emergenza ad alto livello per i medici del C.N.S.A.S., organizzato dall'Istituto di anestesia e rianimazione della Facoltà di medicina dell'Università di Modena.

È stata, a questo proposito, formalizzata la convenzione tra C.N.S.A.S. e Università di Modena, con la firma dei rappresentanti legali, come commentato dal Presidente Armando Poli alla recente assemblea dei delegati.

L'ovvia e scontata soddisfazione di tutti per la formalizzazione della convenzione e il buon andamento del corso di Modena, non esclude la necessità di puntualizzare gli aspetti meno positivi, secondo la corretta metodologia del non soffermarsi sui successi ma verificare critiche ed errori per ottenere un costante miglioramento.

La prima considerazione riguarda la cronica carenza di informazione, a livello periferico, sul corso, malgrado reiterati sforzi verbali e scritti svolti per tempo e nelle sedi idonee.

Il tutto si è tradotto in uno sgradevole disordine organizzativo, per cui le domande, firmate ben oltre il termine prefissato (addirittura da colleghi che ne erano venuti a conoscenza alcuni giorni prima!), non hanno consentito una corretta selezione, anche in funzione della necessità di garantire un livello medio della potenzialità dei colleghi, in funzione del programma predisposto. Non desidero individuare dei colpevoli o responsabili (probabilmente anche il sottoscritto è coinvolto), ma occorre puntualizzare che l'aspetto formativo del corso di Modena rappresenta un momento fondamentale nella crescita culturale e professionale di tutto il C.N.S.A.S., in particolare riferendosi ai noti problemi di interferenza e di confronto da parte di altre organizzazioni.

Una seconda considerazione riguarda i contenuti del corso stesso: i suggerimenti dei colleghi determineranno una variazione di alcune parti della settimana teorica a Modena, mentre sarà verificata l'opportunità di modificare, in tutto o in parte, la sede della settimana pratica secondo le valutazioni che faremo con la Commissione tecnica (quest'anno l'inclemenza del tempo ed equivoci organizzativi hanno limitato l'attuazione del programma previsto).

La terza considerazione riguarda la convinzione dell'importanza di far seguire agli iscritti il corso B.L.S. che rappresenta un obiettivo determinante da raggiungere per tutti i medici e i volontari del C.N.S.A.S., sempre nell'ottica della qualificazione culturale che necessariamente si deve aggiungere al nostro bagaglio tecnico. A proposito ricordo l'obiettivo di creare, al nostro interno, degli istruttori di B.L.S. per poter gestire direttamente i corsi per i nostri volontari.

La presenza di rianimatori all'ultimo corso ha confermato l'opportunità di dedicare il corso stesso

a colleghi che non lavorano direttamente nel campo dell'emergenza sanitaria, per i contenuti di base del programma che in buona parte sono sotto dimensionati al bagaglio culturale di un rianimatore.

Sarà predisposto un corso *advancer* di tre giorni di teoria con il corso pratico analogo alla settimana pratica del Monzino (o altrove), per i colleghi rianimatori, chirurghi d'emergenza e per coloro che abbiano già superato il primo corso.

Si invitano tutti i colleghi interessati a frequentare il corso di Modena 1997, a inviare domanda e curriculum al proprio Presidente regionale: questi ultimi verificheranno le richieste e stabiliranno l'elenco (o meglio una graduatoria) da inviare alla segreteria di Milano entro il 20/2/1997, per effettuare la selezione dei venti partecipanti. Il corso consisterà in una settimana teorica a Modena (prima settimana di maggio), una settimana di pratica al rifugio Monzino (Monte Bianco o in altra sede, come concorderemo, con annessa esercitazione speleologica) nella prima settimana di luglio, e corso B.L.S. ed esame finale nel mese di ottobre.

Si chiede anche ai colleghi rianimatori e chirurghi d'emergenza di inviare domanda di partecipazione al corso *advancer*, al fine di conoscere il grado di interesse da parte degli stessi e quindi darne seguito con un programma definitivo. ■

Al Presidente del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico del Club alpino italiano
Via Eleonora Fonseca Pimentel n. 7
20127 MILANO

- e.p.c. Al prof. Giancarlo Barbieri
Direttore della Scuola di specializzazione
in anestesia e rianimazione
- e.p.c. Al responsabile del Servizio II
Segreterie studenti
- e.p.c. Al Responsabile del Servizio III
Personale docente e ricercatore

Oggetto: Convenzione di collaborazione didattica-scientifica tra l'Università di Modena (Scuola di specializzazione in anestesia e rianimazione) ed il Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico del Club alpino italiano - Reg. 109/96 del 14/10/1996.

Si trasmette un esemplare dell'atto di cui all'oggetto debitamente perfezionato.

Cordiali saluti

Il Rettore
(Prof. Carlo Cipolli)

CONVENZIONE DI COLLABORAZIONE DIDATTICA-SCIENTIFICA TRA L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA (SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE) ED IL CORPO NAZIONALE SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO DEL CLUB ALPINO ITALIANO.

PREMESSO

- che la Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione dell'Università di Modena può attivare corsi di perfezionamento post-laurea ai sensi dell'art. 16 e 17 del D.P.R. 162/82, anche avvalendosi della collaborazione di altre Istituzioni;
- che il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S. Sezione particolare del Club Alpino Italiano), costituito in associazione il 18 gennaio 1995 presso lo studio della dottoressa Mirella Palombo notaio in Milano, tramite la propria Scuola Nazionale per Medici ha maturato notevoli e peculiari esperienze operative e di ricerca applicata nell'ambito dell'emergenza ad alto rischio in ambiente montano e ipogeo;
- che tale patrimonio culturale può essere valorizzato ed accresciuto tramite una collaborazione con Istituti di ricerca e formazione universitari;
- che lo studio delle problematiche relative all'emergenza in ambiente montano ed ipogeo rientra a pieno titolo nell'ambito di interesse istituzionale della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione dell'Università di Modena;

VISTI

i positivi risultati raggiunti con due Corsi di Perfezionamento sull'Emergenza ad alto rischio in ambiente montano e ipogeo, attivati presso l'Università degli Studi di Modena;

TRA

L'Università degli Studi di Modena, Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel seguito denominata Università, rappresentata dal Rettore pro-tempore Prof. Carlo Cipolli, nato a Crevalcore (Bologna), il sei gennaio millenovecentoquarantacinque (6/1/1945), autorizzato dal Consiglio di Amministrazione del 22/7/1996

E

Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico Sezione particolare del C.A.I., nel seguito denominato C.N.S.A.S., rappresentato dal Presidente pro-tempore Armando Poli, nato a Vezza d'Oglio (BS), l'11/9/1941;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Articolo 1 - Le parti convengono di mettere reciprocamente a disposizione esperienze e risorse al fine di collaborare per lo studio delle problematiche di interesse comune nell'ambito di un programma di ricerca scientifica.

Articolo 2 - L'Università degli Studi di Modena tramite il Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, potrà attivare annualmente le procedure per l'istituzione di un Corso di Perfezionamento post-laurea per Medici del C.N.S.A.S. sull'emergenza ad alto rischio in ambiente montano ed ipogeo.

Articolo 3 - I Corsi di perfezionamento prevedono sia una parte teorica che pratica. Gli insegnamenti teorici verteranno principalmente su argomenti relativi alla medicina e traumatologia d'emergenza, alla rianimazione ed al sostegno delle funzioni vitali con specifico riferimento alle caratteristiche dell'ambiente montano ed ipogeo. Tali insegnamenti verranno completati da congrui periodi di applicazione pratica, che si terranno presso la Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Modena e strutture ad essa afferenti o comunque collegate.

La parte pratica prevederà uno stage di formazione specifica alpinistica e speleologica, ed in tema di elisoccorso che si terrà presso idonee strutture individuate e messe a disposizione dal C.N.S.A.S.

Articolo 4 - Il C.N.S.A.S. individua più specificatamente le strutture, di cui all'articolo precedente, nella propria Sede e Segreteria centrale in Milano, nella Scuola Nazionale per Tecnici di soccorso alpino, nella Scuola Nazionale per Medici le cui attività pratiche sono svolte presso il rifugio Monzino (Monte Bianco - Valle d'Aosta), per la parte alpinistica e presso il rifugio Pian della Fioba (Alpi Apuane - Toscana), per la parte speleologica.

Articolo 5 - Il numero dei partecipanti verrà stabilito di volta in volta di comune accordo tra le parti.

Articolo 6 - La presente convenzione ha durata di 1 (uno) anno, a far seguito dalla data di stipula e si intende rinnovata di anno in anno salvo disdetta di una delle parti entro il novantesimo giorno dall'inizio dell'anno accademico.

Articolo 7 - La presente convenzione non ha fine di lucro.

IL RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA
(Prof. Carlo Cipolli)

IL PRESIDENTE
DEL CORPO NAZIONALE ALPINO E SPELEOLOGICO
(Sig. Armando Poli)



Valle d'Aosta, Rifugio Monzino. Elicottero S.A.R. al corso di formazione per medici del C.N.S.A.S. (Alessio Fabbriatore)

SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO PIEMONTESE

Convegno internazionale «Giuliano Sciandrà»

«Medicina internazionale di montagna»

Il Soccorso alpino speleologico piemontese organizza a Torino, nei giorni 23-25 gennaio 1997 il II Convegno internazionale Giuliano Sciandrà di medicina di montagna.

Argomenti

Apparato respiratorio ed altitudine. Equilibrio acido-base ed altitudine. Sistema endocrino ed altitudine. Male di montagna acuto. Edema polmonare da alta quota. Gli sport invernali e le lesioni acute capsulo-legamentose del ginocchio e della spalla.

Gli sport invernali e fratture vertebrali, del bacino e degli arti.

La diagnostica per immagini nelle lesioni muscolo-tendinee degli arti.

Il medico sportivo e l'allenamento dello sciatore alpino.

Aspetti epidemiologici nelle popolazioni europee residenti in ambiente alpino.

Patologie prevalenti nelle popolazioni alpine europee.

Approccio metodologico ai problemi sanitari in ambiente montano.

Programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali nella realtà alpina.

Ipotermia: protocolli per la diagnosi, la classificazione ed il trattamento.

Il traumatizzato grave in montagna: le tecniche invasive con particolare riferimento alla assistenza ventilatoria, accessi vascolari, drenaggio toracico.

La defibrillazione precoce: DAE, defibrillatori semiautomatici, possibilità di uso su mezzi di soccorso quali l'elicottero.

La maxiemergenza in montagna: protocolli sanitari di attivazione.

La formazione sanitaria del personale sanitario per le operazioni S.A.R., la normativa europea e la sua applicazione.

La misura dell'efficacia di un sistema di soccorso territoriale: applicabilità dei criteri di valutazione sanitaria al soccorso in montagna.

Problematiche di medicina legale nel soccorso in montagna. ■

SPELEO SOCCORSO

Responsabile nazionale

Soccorso, speleologi e protezione civile

— Paolo Verico —

Inanzitutto desidero rivolgere un saluto ed un ringraziamento agli organizzatori di *Speleo Flumen*, costato indubbie fatiche e notti insonni, ma il cui successo è sotto gli occhi di tutti. Testimone ne è il grande numero di presenti, attenti e colorati frequentatori di queste importanti occasioni di incontro.

Il tema di questa tavola rotonda, *Soccorso, speleologi e protezione civile* apre possibilità ad un dibattito assai ampio che difficilmente potrà trovare conclusione nel poco tempo che abbiamo a disposizione. Cercheremo di centrare quegli aspetti che richiedono maggiore attenzione da parte degli operatori nel campo dell'emergenza.

Dirò anzitutto che il C.N.S.A.S. è una organizzazione, sezione particolare del C.A.I. ben strutturata e ben diffusa sul territorio. I numeri parlano di circa sette mila volontari, settecento dei quali costituiscono il Soccorso speleologico, divisi in venticinque Delegazioni alpine e tredici Delegazioni speleologiche.

Il lavoro del C.N.S.A.S. si svolge da più di quaranta anni ed oggi il Soccorso speleologico, fino a qualche anno fa Sezione speleologica del Corpo nazionale soccorso alpino, ne è parte attiva e fondamentale.

Il C.N.S.A.S. ha subito nel corso degli anni una inevitabile trasformazione, ancora in corso, per adeguarsi alle esigenze e alle richieste provenienti dal mondo dell'emergenza, settore di intervento ed interesse sempre più presente nella nostra società.

In particolare il Soccorso speleologico ha fortemente orientato i propri sforzi, a partire dai primi anni Ottanta, verso il miglioramento degli standard tecnici, verso l'aumento dell'efficienza degli interventi e lo sviluppo delle tecniche di gestione di incidenti.

Negli anni successivi si è puntato al consolidamento del concetto di efficienza ed incisività degli interventi di soccorso ed alla pianificazione e stesura in forma organica delle tecniche di soccorso.

Gli obiettivi perseguiti sono stati due: uniformità delle metodiche di soccorso, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo e conferma della scelta di operare fornendo un servizio di soccorso medicalizzato.

Questi due obiettivi si possono oggi dire ben radicati all'interno della nostra struttura, anche se, data la nostra pignoleria, non riusciamo mai a dirci soddisfatti.

Certamente possiamo affermare che è stata superata la fase del soccorso eroico, emotivo. I grossi problemi tecnici posti dal soccorso anche a grande profondità sono in gran parte superati; siamo al raffinamento delle tecniche, ma certamente non abbiamo più bisogno di inventare il soccorso in grotta.

Ma se sono risolti i problemi tecnici ve ne sono altri di ben diversa natura sorti all'orizzonte. Sono i risvolti burocratici, gli adempimenti amministrativi, la cura del rapporto con gli altri enti, gli aspetti che richiedono dalla nostra struttura grandissime energie.

Proprio questo grande dispendio di energie sul fronte interno, talvolta per risolvere banali conflitti di competenza, è in parte la causa degli scarsi contatti avuti negli ultimi tempi con i soccorsi speleologici internazionali.

Nessuno che si occupi di emergenza può oggi pensare di essere solo sul campo; deve invece sentirsi proiettato all'interno di un più ampio tessuto di sinergie attivato fra gli enti che operano sul territorio.

Ma facciamo un passo indietro e parliamo ancora di organizzazione: da qualche anno alla struttura del C.N.S.A.S. abbiamo sovrappreso una organizzazione regionale per meglio adeguarci al dialogo con le Regioni.

Sono nati così i Servizi regionali di soccorso alpino e speleologico, emanazioni territoriali del C.N.S.A.S.

Questo comporta la necessità di far coesistere la regionalizzazione del soccorso con la necessità di mantenere unita una struttura nazionale, quale quella del Soccorso speleologico, all'interno della quale soccorritori provenienti da aree diverse devono operare allo stesso modo e dialogare nella stessa lingua.

Ciò è certamente in controtendenza rispetto alle spinte autonomiste che attraversano la nostra quotidianità.

Ma, d'altra parte, gli speleologi sono abituati ad essere fuori dagli schemi.

Quel che è certo è che un intervento di soccorso speleologico solo in rari casi può essere risolto da una piccola squadra. Con l'intervento medicalizzato interviene almeno una delegazione di zona; le peculiarità specifiche dell'intervento di soccorso speleologico (lunga durata, necessità di ricambio dei volontari impiegati, necessità di specialisti provenienti da altre delegazioni) sono le spinte maggiori verso il mantenimento di una struttura nazionale.

Avviciniamoci ora maggiormente al tema della tavola rotonda.

Il C.N.S.A.S. è indicato dalla legge che istituisce il servizio nazionale di Protezione civile come uno degli enti, al pari di altri Corpi dello Stato, che costituisce tale servizio.

Oggi il termine *protezione civile* è una coperta che deve avvolgere molte strutture che si occupano di emergenza.

Un fenomeno oggi in atto vede singoli cittadini, membri di associazioni o gruppi animati dal desiderio di rendersi disponibili. Ora, se da un lato la spinta solidale è un valore senz'altro positivo per la collettività, dall'altro si corre il rischio, se non si canalizza efficacemente questa risorsa, di male impiegarla, depauperandola senza gratificazione alcuna per chi la fornisce e senza alcun riscontro positivo per le organizzazioni di soccorso.

Parlando, per esempio, di gruppi speleologici che si rendono disponibili verso le strutture generiche di protezione civile esprimo personalmente una certa perplessità. Credo infatti che un gruppo speleologico abbia già un ruolo molto intenso di intervento sul territorio: dalla divulgazione delle problematiche di difesa degli acquiferi carsici alla divulgazione nelle scuole, alla organizzazione dei corsi di speleologia, quest'ultimo veicolo prioritario per la diffusione di una preparazione corretta per affrontare l'attività speleologica e quindi per supportare il Soccorso nell'opera di prevenzione degli incidenti.

Se un gruppo speleologico ha disponibilità ed energie per fare qualcosa nel settore del volontariato, si rivolga senz'altro al Soccorso speleologico del C.N.S.A.S. Si eviterà il rischio di ambiguità e si eviterà una dispersione di conoscenza tecnica.

Nell'ottica di una razionale pianificazione delle risorse è bene tenere conto del fatto che esiste un *volontariato di tipo tecnico* ed un più ampio *volontariato* i cui impieghi sono indubbiamente diversi.

Oggi si assiste al proliferare, tanto per fare un esempio inerente al C.N.S.A.S. ad una vera corsa al soccorso in montagna ed in grotta. Da più parti si cerca di mettere in piedi strutture che in qualche modo tentano di duplicare il servizio svolto dal C.N.S.A.S.

Ma certamente non è per orgoglio offeso che la cosa ci stupisce! Il fatto è che ciaccamente non si tiene conto che il soccorso in montagna ed in grotta non si può improvvisare. E quel che va detto è che prima di diventare un esperto soccorritore bisogna essere un esperto speleologo e alpinista.

Ho ricevuto da qualche giorno copia di un progetto assai complesso per istituire il Soccorso in montagna ed in grotta all'interno del volontari del soccorso della C.R.I.

Un progetto ben strutturato, sulla carta, ma che richiederebbe, per diventare operativo, anni di corsi di formazione per i volontari generici e cospicui investimenti sul piano finanziario.

Che direste se io annunciassi che il C.N.S.A.S. ha intenzione di creare al proprio interno una struttura di infermieri con ambulanze? Lodevole, forse, ma non è il nostro mestiere.

Allora ci si chiede: perché questo tentativo di duplicare strutture già esistenti, per ostinarsi a seminare nel proprio orto, utilizzando risorse economiche che meglio potrebbero essere indirizzate?

Le risposte potrebbero essere molte, ma poniamoci invece degli obiettivi concreti.

Per il C.N.S.A.S. alcuni di questi sono:
a. tutela della specializzazione, e nel nostro caso della unicità e specificità delle competenze del Soccorso speleologico;
b. economizzazione delle risorse, utilizzando

al meglio le disponibilità;

c. creazione di sinergie fra gli enti che si occupano di emergenza (e questo a dire il vero in molte parti è già stato avviato) ad evitare inutili duplicazioni.

In generale ritengo che questi siano doveri di ogni organo tecnico responsabile di strutture di emergenza e anche di ogni organo politico attento ad una corretta gestione dei fondi disponibili.

Mi preme comunque ricordare che, a monte di tutte le nostre considerazioni, deve essere sempre chiaro che al centro della nostra attenzione ci deve essere chi ha subito l'infortunio. Perché è solo per lui che noi ci muoviamo. ■

II Zona Friuli-Venezia Giulia

Esercitazione elisoccorso

— Alessio Fabricatore —

Nell'ambito delle esercitazioni di elisoccorso tra il C.N.S.A.S. e il S.A.R. domenica primo dicembre 1996 si è svolto, con piena soddisfazione delle parti, l'annuale addestramento della II Zona speleologica F.-V.G. del C.N.S.A.S. con il S.A.R. di Istrana.

Alle ore 9 di domenica è atterrato a Sella Nevea (UD) l'elicottero A.B.212 pilotato dal tenente colonnello Mario Nassuato. A bordo, graditissima sorpresa, in veste di osservatore il generale B.A. Antonio Pilotto, comandante 1° R.O.C. Monte Venda (PD). Siamo stati sinceramente onorati dell'interessamento ed attenzione dimostrata nei nostri confronti dal gene-

rale Antonio Pilotto.

Presente all'esercitazione, coordinato con estrema perizia dalla guida alpina piemontese Silvano Odasso, istruttore della Scuola tecnici nazionali del C.N.S.A.S., il colonnello p.a. Bruno Fonrò in rappresentanza della Commissione aerea del C.N.S.A.S. Alla esercitazione sulle nevi di Col delle Erbe hanno partecipato l'equipaggio dell'elicottero S.A.R. Istrana, dieci tecnici del Soccorso speleologico del Friuli-Venezia Giulia, il nuovo Capo della stazione di Trieste Roberto Antonini, l'istruttore nazionale, tecnico di elisoccorso, Silvano Odasso e lo scrivente delegato del Soccorso speleologico del F.-V.G. ■

IV Zona Umbria

Il centro dell'Italia

— Virgilio Pendola —

Non tutti sanno che anche una piccola regione, prevalentemente collinare, con pochi rilievi elevati, come l'Umbria, può avere una consistente storia all'interno di un sodalizio come il C.A.I. strettamente collegato non solo alle Alpi ma alla grande montagna in senso generale.

Ebbene ci sono nel centro d'Italia, cosa questa appurata solo recentemente mediante nuovi ed esatti calcoli che indicano Narni (TR) come il centro geografico della nostra Nazione, ben sette sezioni del C.A.I. di cui due, addirittura, centenarie e cioè Perugia fondata nel 1875 (per cui appena 12 anni dopo la fondazione) e Spoleto (PG) nel 1884; inoltre a degno completamento c'è il cinquantennale festeggiato, quest'anno, della sezione C.A.I. di Terni che vanta oltre 350 soci con un forte gruppo roccia ed uno speleologico.

Oltre alle sette sezioni, le altre sono Gubbio, Città di Castello, Gualdo Tadino e Foligno, dobbiamo considerare oltre 12 gruppi speleologici, di cui cinque non C.A.I., hanno vita a sé con una buona attività di ricerca ed esplorazione che li porta spesso ad operare anche fuori regione. Non ultimi ci sono anche gruppi di arrampicata libera e di torrentismo completamente indipendenti ed autonomi per cui senza possibilità di controllo.

Tutto questo potenziale umano di appassionati della montagna si dedica costantemente all'alpinismo o appenninismo in particolare sulla stupenda catena dei Sibillini o sul Terminillo o Gran Sasso; all'arrampicata libera a Ferentillo (TR), considerata una delle migliori palestre italiane, e in tante altre esistenti in regione; al torrentismo con numerose forre di buona praticabilità (praticamente per tutto l'anno) ed inoltre la speleologia autentico motore delle attività del tempo libero praticata in tutte le maggiori città umbre nessuna esclusa.

Proprio in questa particolare disciplina trova più spazio e ragione di esistere in C.N.S.A.S., appunto con la sua struttura più centrale d'Italia, basti ricordare il monte Cucco che con la sua grotta è un mito della speleologia mondiale, ma anche per il torrentismo e per il deltaplanismo ed inoltre, nostri affezionati clienti, i tanti cacciatori, ricercatori di funghi, tartufi, asparagi e così via che ogni anno puntualmente si perdono, o peggio, in luoghi veramente impossibili.

Il nostro operare è, di conseguenza, poco spettacolare, non come altre realtà, sempre in prima linea, come al nord eppure lo spirito è eguale e forse ancora puro benché d'annata.

Infatti a fronte della nascita ufficiale del Soccorso alpino nel 1954 sulle Alpi, già nel 1955, anche in Umbria, a Terni ci fu un primo intervento di ricerca di un DC 6 belga disperso (ritrovato sul massiccio del Terminillo) ove furono coinvolti tutti gli iscritti abili ed equipaggiati della locale sezione C.A.I.

Di fatto era iniziato il processo di maturazione che avrebbe condotto un gruppo di volontari ad organizzarsi spontaneamente sotto il coordinamento di Luciano Croccolino e che divenne operativo in tutta l'Umbria nel settore alpino e speleologico.

Nel 1960 gli organi centrali portarono alla costituzione di tre ben distinte delegazioni del C.S.A. (Corpo di Soccorso Alpino) operanti territorialmente al nord, al centro ed al sud Italia ed isole.

Per il centro Italia la direzione fu localizzata a L'Aquila mentre per le emergenze a carattere speleologico la sede operativa per l'Umbria fu individuata a Terni dallo stesso presidente di allora del C.S.A. Bruno Toniolo.

Successivamente nel 1966 fu ufficializzata la costituzione in seno alla sezione C.A.I. di Terni della locale stazione del Corpo Nazionale di Soccorso Alpino (C.N.S.A.) inserita nel 4° Gruppo Umbria-Marche (in tutto c'erano cin-

que gruppi operativi pluriregionali).

Arriviamo quindi ai giorni attuali. Il 4° Gruppo è solo l'Umbria, sicuramente adeguato ai compiti affidati, trasformato recentemente in Servizio regionale o più precisamente Soccorso Alpino e Speleologico dell'Umbria S.A.S.U.

Alcuni problemi dovuti, forse ad un certo isolamento attuato negli anni '80 da gestioni troppo personalizzate ci hanno causato rancori e inimicizie.

Tutti c'eravamo accorti di essere, da tempo, fuori ma credevamo ciecamente di essere nel giusto, in fin dei conti l'operatività delle squadre umbre non era mai stata messa in discussione, anzi, eravamo noi che facevamo delle critiche agli altri: comunque ora è tutto diverso.

Con la nascita del Servizio regionale dell'Umbria e la recente migliore definizione giuridica del ruolo di volontari/tecnici del C.N.S.A.S. abbiamo iniziato un radicale cambiamento di tutta la struttura ad iniziare dai responsabili, io in primo persona, che hanno richiesto una collegialità di scelte e di indirizzi in modo da eliminare il vecchio *modus operandi* dei precedenti responsabili; i risultati sono già visibili: riallacciati i rapporti con tutti gli altri Servizi limitrofi, completa comunione con le decisioni nazionali ed infine riorganizzazione delle nostre stazioni.

Stazioni speleologiche

Sono due, a Perugia e Terni, con dei capistazione di grande esperienza ed affidabilità a cui fanno da contorno tanti elementi capaci e soprattutto motivati anche se in progressivo ricambio; sono provenienti da tutti i Gruppi speleologici umbri.

Questa scelta, a distanza di anni, si è rivelata tra le più felici ed indovinate al fine di ottenere una reale ed incisiva prevenzione di base all'interno delle singole realtà speleologiche locali, infatti la totalità degli incidenti di rilievo accaduti in Umbria sono occorsi a speleologi improvvisati o di altre regioni.

Tutte le commissioni del C.N.S.A.S., istituite nell'ambito del Coordinamento speleologico, vedono la presenza di uno o più tecnici umbri a testimonianza del rinnovato entusiasmo.

Le due squadre hanno locali adeguati alle necessità per le riunioni e le esercitazioni teoriche nonché annessi locali magazzini ove è sempre pronto lo specifico materiale necessario per le emergenze e gli interventi; i contributi avuti fino al 1995, in maniera regolare dalla legge regionale per il contributo alla speleologia, hanno consentito fino ad ora di sostituire i materiali consumati o persi; abbiamo delle preoccupazioni per il futuro dopo le note vicende avute in Umbria.

Stazione alpina

Nonostante la tradizione alpina di Perugia l'unica Stazione alpina umbra è a Terni: Dopo l'accordo fatto alcuni anni fa con il Soccorso alpino delle Marche di lasciarli tutti i Sibillini quale zona di competenza, il campo di azione della nostra Stazione si è ristretto, e per certi aspetti dequalificato, in quanto gli interventi più comuni sono automaticamente diventati quelli di ricerca dei dispersi in montagna per cause diverse dall'alpinismo. Questa situazione, considerando il buon livello tecnico dei nostri tecnici, stiamo cercando di cambiarla, ma ci vorrà ancora tempo.

Rispondendo però ad una richiesta specifica e diffusa abbiamo riorganizzato la Stazione a livello regionale potenziandola con elementi provenienti dalle sezioni C.A.I. di Perugia, Foligno ed altre, esperti anche in scialpinismo, con a capo un nuovo giovane responsabile.

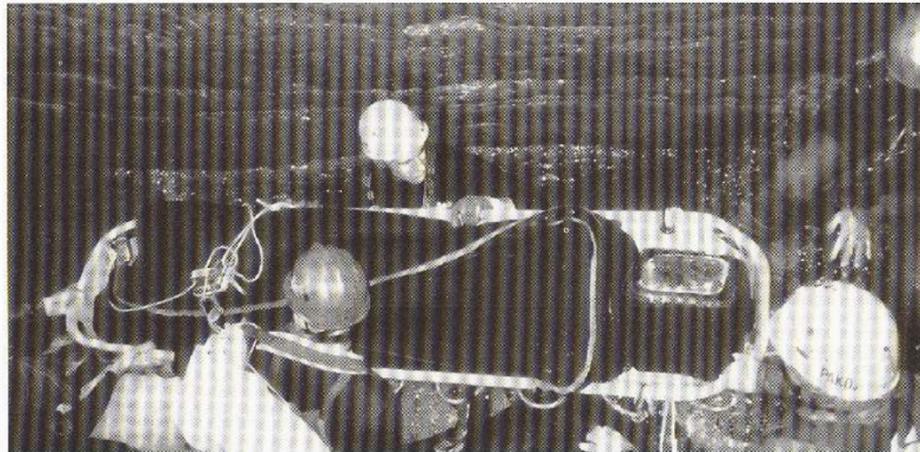
Particolarmente importante e significativo è l'utilizzo negli interventi in forra, ormai molto cresciuti, delle tecniche alpinistiche e ovviamente della squadra alpina.

A livello di attrezzature purtroppo stiamo male, non abbiamo sufficiente materiale, nean-

che una barella! Per le esercitazioni è presa in prestito dalla squadra speleologica come altre piccole dotazioni; speriamo di porre rimedio al più presto a queste deficienze.

Conclusioni

Credo che il quadro riepilogativo della struttura del C.N.S.A.S. più centrale d'Italia sia fatto, sicuramente in maniera succinta, ma chiara e sincera. C'è molto da fare, in special modo nel settore alpino, ma non disperiamo in quanto abbiamo tanti tecnici giovani, entusiasti di appartenere al braccio operativo del C.A.I. un fiore all'occhiello del nostro sodalizio invidiato e copiato da tanti altri ma del quale solo noi siamo parte integrante e vitale.



Soccorso in forra.

V Zona Lazio, Abruzzo, Campania

L'incidente di Orsomarso

Carlo Germani

Il Ferragosto dell'anno 1996 rimarrà a lungo impresso nella memoria dei volontari della Stazione Campania del C.N.S.A.S. in quanto nell'arco di pochi giorni sono dovuti intervenire ben tre volte: la prima in Alburno per il malore di uno speleologo durante un' esplorazione alla Grava del Casone Vecchio (*colpo della strega* a meno 150 metri!), la seconda sul Monte Faito per collaborare alle ricerche della piccola Angela Celentano (la chiamata è arrivata la domenica a mezzogiorno, dopo vari giorni dalla scomparsa, ma questa è un'altra storia) ed infine, purtroppo, sul Pollino per recuperare la salma dell'amico Francesco Raso, di 25 anni, ottimo speleologo e volontario del C.N.S.A.S.

L'incidente avviene il 12 agosto 1996 intorno alle ore 16:00 lungo il fiume Argentino e precisamente sotto la cascata detta *Mare Piccolo*. Francesco insieme ad altri cinque amici stava scendendo la valle, non una vera forra, con un solo salto di trenta metri, forse proprio allo scopo di scendere in doppia quella cascata. Francesco, che non ha la muta, si cala per primo e la discesa avviene senza problemi ma, non appena entra in acqua e lascia la corda, gli amici lo vedono finire sotto più volte portato dalla corrente finché non viene completamente risucchiato. Risultato purtroppo vano ogni tentativo di soccorrerlo, gli amici raggiungono il paese più vicino e danno l'allarme al Capostazione Campania del C.N.S.A.S. La squadra si organizza per partire immediatamente mentre viene avvisato il sottoscritto ed allertato il 7° Gruppo, competente per territorio, ma lontano dal luogo dell'incidente almeno quanto la squadra Campania. La Prefettura ed i VV.FF. di Caserta collaborano al trasporto di alcuni volontari fino al paese di Orsomarso.

Poiché serve evidentemente almeno un subacqueo, la sera contatto sia Onorato che Giudici e tento di far partire quest'ultimo con un elicottero (Giudici abita a Roma), ma ogni tentativo viene respinto da una assurda burocrazia per la quale, per i recuperi delle salme, non sono disponibili mezzi aerei, anzi non è disponibile proprio nessun mezzo. Onorato si troverà a partire nella notte, solo, da Nardò, con tutta l'attrezzatura, senza peraltro riuscire ad arrivare sul posto a causa di un colpo di sonno che lo manderà malamente fuori strada.

Sempre nella notte, a Orsomarso, giungono perché chiamati dagli amici di Francesco anche i Carabinieri e i VV.FF. Questi ultimi, appena arrivati, costringono un ispettore della forestale, unica guida in grado di condurre sul luogo dell'incidente i volontari del C.N.S.A.S. e che per questo si trovava lì, ad accompagnarli verso la cascata; la piccola squadra (sono in cinque!) parte nella notte ma solo con due torce elettriche e nessuna pila di ricambio. Ovviamente tutti si perdono nel bosco costringendo i volontari del 5° e del 7° Gruppo, arrivati nel frattempo, ad aspettare l'alba per riconoscere la strada e raggiungere il luogo dell'incidente.

Il campo base viene posto a Timpone Fornelli, al termine di 10 chilometri di sterrato, ed alle ore 7 del mattino del 13 agosto il C.N.S.A.S. è sul posto assieme ai VV.FF. e ai Forestali dispersi recuperati lungo la strada.

Appare subito evidente la necessità di un subacqueo e soprattutto di un elicottero dotato di verricello, in quanto dal luogo dell'incidente è possibile solo *sforare* la barella fino al bordo della gola, mentre il trasporto a valle richiederebbe troppe ore e almeno un'altra squadra, cioè la squadra Lazio, che è la più vicina ma sempre molto, troppo, lontana.

A questo punto inizia la farsa degli elicotteri: ce ne sono in volo ben due (ma non era impossibile farli volare per una salma?) ma uno, quello dei VV.FF. che ha anche a bordo i loro subacquei, non ha il verricello mentre l'altro, della Polizia, ha il verricello ma non sa dove andare. Naturalmente nessuno dei due ha la frequenza radio di 71,5 MHz né la possibilità di dialogare con le proprie squadre a terra!

Alle ore 9 i VV.FF. decidono autonomamente, e contro il parere dei tecnici del C.N.S.A.S. di far atterrare il loro elicottero e di scaricare i subacquei a tre ore di cammino dal campo base: arriveranno esausti a cose finite. I telefoni ed i cellulari diventano decisamente incandescenti mentre la squadra sul posto prepara la strada allo sfioramento. Alle ore 11 arriva la notizia che Onorato è finito in ospedale per l'incidente automobilistico dovuto al colpo di sonno (fortunatamente se la caverà solo con molti giorni di collare ortopedico). Italo Giulivo, vista la complessità della situazione, comincia ad immergersi in apnea nel vascone sotto la cascata e alle ore 12 avvista il corpo del povero Francesco proprio sotto il getto dell'acqua, schiacciato dalla pressione. Contemporaneamente viene contattato il pilota dell'elicottero della Polizia che, non sapendo cosa fare, era atterrato a circa due chilometri dal campo base, non in vista e fuori collegamento radio. Il contatto avviene telefonando al cellulare del pilota stesso, il cui numero ci è stato fornito dai colleghi al termine di altre estenuanti telefonate. Alle ore 14 Italo conferma di aver recuperato il corpo con una serie di caute immersioni, sempre in apnea, e che la squadra sta iniziando il trasporto della barella per alcune centinaia di metri verso valle, fino al punto di sfioramento. Qui alle ore 15:45 l'elicottero della Polizia effettua un primo tentativo di recupero, fallito, e se ne va tra lo stupore dei presenti. Questo innesca un nuovo incandescente giro di telefonate e l'elicottero, che era andato a far carburante, ritorna e finalmente alle ore 18 il recupero viene portato a termine. Il trasporto al campo base dei materiali occupa le due ore successive mentre a valle i VV.FF., che hanno rifiutato il loro aiuto al disarmo, si adoperano invece a consumare tutti i viveri inviati dalla Prefettura per rifocillare i soccorritori.

Ancora una volta è d'obbligo riflettere sui rapporti tra noi ed i VV.FF., che in questa occasione hanno decisamente *remato contro*

e, a parte quelli campani, hanno fatto di tutto per ostacolare la nostra opera. Un discorso a parte merita poi l'uso degli elicotteri: è incredibile che dei volontari (Onorato e Giulivo) debbano rischiare seriamente la vita perché un regolamento impedisce al S.A.R. di portare i tecnici più idonei sul luogo dell'incidente ed ai VV.FF. di uscire dalla loro area per prelevare il personale idoneo all'intervento. Inoltre, per puro amor di patria, è meglio tacere sul fatto che tutti i mezzi aerei intervenuti non erano in grado di dialogare via radio né tra di loro, né con un qualsiasi coordinamento del traffico aereo e tanto meno con le squadre a terra! È evidente che, almeno al sud, tutti i rapporti tra il C.N.S.A.S. (che esiste anche qui, malgrado alcune voci affermino il contrario) ed i gestori degli elicotteri militari o del VV.FF. devono essere rivisti.

A Francesco Raso

Ore 20 di un lunedì che seguiva un fine settimana nero, per il C.N.S.A.S. della Campania.

La telefonata che non avremmo mai voluto ricevere.

L'intervento che non avremmo mai voluto fare.

Ma nel C.N.S.A.S., purtroppo, capita anche questo.

Il 12/8/96, ci lascia Francesco Raso, in un incidente nelle gole del Fiume Argentino, mentre, insieme ad alcuni amici, stava trascorrendo una giornata tra le montagne che lui amava e, soprattutto, rispettava come pochi di noi.

Dopo anni di attività alpinistica e speleologica, responsabile dell'Alpinismo giovanile, parte attiva del Gruppo speleologico, e organo del Consiglio direttivo della sezione C.A.I. di Salerno, era da poco entrato a far parte della grande famiglia dei volontari del C.N.S.A.S. di cui ne era fiero ed, in poco tempo aveva appreso le tecniche del soccorso e, si avviava a diventare un bravissimo tecnico, grande conoscitore della montagna e delle sue viscere.

La tua scomparsa lascia un grande vuoto intorno a noi... non sentiremo più la tua voce, stonata quando cantava, strozzata quando si arrabbiava, ed allegra nella vita normale.

Il dolore ci coglie sempre impreparati, è come una raffica di vento che arriva all'improvviso, distruttiva... e tutto quello che stavi facendo rimane incompiuto...

Ognuno di noi porterà dentro di sé un pezzo di te, e lo dividerà con quelli che verranno, perché anche chi non ti ha conosciuto possa farlo attraverso coloro che hanno diviso con te qualcosa, qualsiasi essa sia.

Ciao Francesco, siamo felici di averti incontrato.

Bernardino Bocchino

VII Zona Puglia, Basilicata, Calabria

La visita di Poli e di Verico

Raffaele Onorato

La VII Delegazione speleologica del C.N.S.A.S.: una delegazione grande, con problemi grandi. Alla fine di agosto il Presidente Armando Poli ed il Vice presidente Paolo Verico sono venuti a trovarci. Li abbiamo accolti nell'amenissima cornice di Castro, piccolo ma suggestivo comune rivierasco salentino. Perché proprio a Castro? Li avremmo potuti ospitare più a nord, sul versante lucano del Pollino o sul promontorio pugliese del Gargano, oppure molto più a sud, sull'Aspromonte, tanto la vastità del nostro regno ce lo avrebbe consentito. Ma un luogo valeva l'altro: si tratta sempre di posti selvaggiamente belli ma lontani dalle comuni rotte, caratterizzati da notevoli potenzialità di interventi di soccorso, afflitti da gravi problemi economici ed organizzativi, e nei quali la cultura del C.N.S.A.S., malgrado i nostri sforzi, stenta ad affermarsi. E stenta ad affermarsi non solo nell'ambito di alcune strutture pubbliche, quali Prefetture, Regioni e Comandi VV.FF. che già dovrebbero riconoscerci per Legge, ma, assurdamente, anche in alcune sezioni provinciali del C.A.I. ed in alcuni Gruppi speleologici affiliati alla S.S.I., che dovrebbero essere sangue del nostro sangue.

Sono sessantacinque i volontari lucani, pugliesi e calabresi, che divisi in speleologi, alpini e speleosubacquei, ma uniti sotto una stessa bandiera, hanno egregiamente fatto fronte, fino ad oggi, alle emergenze che si sono presentate in un territorio grande quasi quanto un terzo dell'intera penisola italiana. E praticamente senza mezzi economici, visto che l'ultimo finanziamento la nostra delegazione lo ha ricevuto dalla Regione Puglia nell'ormai lontano 1986! I nostri volontari, quindi, oltre a mettere l'impegno, la disponibilità, il coraggio, la perizia tecnica e tutte le altre rare qualità che hanno i volontari del C.N.S.A.S. di tutta Italia, ci mettono (o forse sarebbe il caso di dire che ci rimettono) anche i soldi ed i materiali di tasca propria. Indispensabili per poter andare avanti, quindi, sono stati i contributi in materiali concessi ultimamente dalla direzione nazionale del C.N.S.A.S. Come ben sanno i miei colleghi delegati, però, per mandare avanti una delegazione non bastano corde e moschettoni, ci vogliono anche i soldi, intesi proprio come moneta da poter spendere.

A questi problemi, ormai atavici, se n'è aggiunto un altro: la recente ristrutturazione del C.N.S.A.S. ci impone di costituire i Servizi regionali. La cosa dovrebbe essere positiva, visto che con la regionalizzazione quel pachiderma anacronistico che è una delegazione di tre regioni, con un unico delegato che cura sia il soccorso alpino che quello speleologico, si trasformerebbe in tre agili farfalle facili da governare e da far finanziare. Ma in un'Italia che si vuol dividere, i nostri volontari sono gli unici a voler rimanere uniti sotto una stessa bandiera ed un unico delegato. Difficile da credere ma vero.

Proprio per cercare di capire questa difficile realtà e per trovare una possibile soluzione a tanti e tali problemi, il Presidente Armando Poli e Paolo Verico si sono sciopatati migliaia di chilometri per calarsi nei nostri scomodi panni. La riunione tenuta a Castro, nella sede messa gentilmente a disposizione dall'Amministrazione comunale, ha fatto toccare con mano la difficoltà dei nostri problemi. Malgrado la grande disponibilità di Verico e soprattutto di Poli, malgrado la loro esperienza ed i loro suggerimenti, nessun problema è stato risolto, anche se Poli ha indicato delle possibili vie di soluzione ed ha assicurato il suo appoggio in quelle che saranno le future decisioni sulla regionalizzazione.

Ci sentiamo comunque in dovere di ringraziare di cuore il Presidente Poli (che in questa come in altre recenti, delicate occasioni, ci ha dato tutto il suo appoggio e la sua solidarietà ed il Vice presidente Verico per la loro gradita visita nella nostra delegazione e per il prezioso appoggio morale e materiale che ci hanno assicurato.

Commissione medica speleologica

Ugo Vacca

Il 5° Incontro Nazionale dei Medici Speleologici del C.N.S.A.S.

Tutti, ed io per primo, siamo rimasti soddisfatti e a nulla è valso il subdolo tentativo di rompere le uova nel paniere messo in atto dal grande tabaccaio, che come agente provocatore si è infiltrato tra di noi grazie alle sue conoscenze altolocate, cercando di gettare zizzania. Un muro di gomma lo ha respinto rispedendolo là da dove era partito o da dove era stato mandato.

La assemblea ha avuto soltanto un attimo di sbandamento durato i pochi minuti necessari per realizzare quanto in animo al perfido grande tabaccaio, ma si è subito ricomposta e, compatta come mai, lo ha congedato. Il bilancio è di alcuni feriti lievi e un ferito grave (nell'orgoglio) che la Commissione rischia di perdere, ma che speriamo di recuperare magari dopo una lunga convalescenza ed un buon lavoro di riabilitazione.

Si è svolto dal 17 al 20 ottobre di quest'anno a Roncobello, località storica per il Soccorso speleologico, il 5° Incontro nazionale dei medici speleologi del C.N.S.A.S. Un nutrito numero di medici speleologi, provenienti da quasi tutte le Delegazioni ed i tecnici della Commissione tecnica, seguendo una formula ormai collaudata, hanno partecipato attivamente ai lavori che si sono svolti nelle sale dell'Albergo Alpino aperto esclusivamente per noi. Il presidente del C.N.S.A.S. Armando Poli ed il Responsabile nazionale Paolo Verico hanno dato il benvenuto ai partecipanti.

Numerose sono state le comunicazioni presentate, tutte di notevole interesse e d'ottimo livello scientifico. Certo la più interessante è stata quella riguardante il progetto di introdurre, come parte integrante della preparazione dei tecnici, un Corso B.L.S. (Basic Life Support). Sono stati presentati, dal dottor Gianfranco Toni, i programmi e le linee guida attualmente indicati dall'European Resuscitation Council e si è evidenziata la necessità di inserire tale corso nella preparazione di base dei tecnici speleologi che, non dimentichiamolo, fanno parte di una struttura che ha come scopo istituzionale principale il soccorso medicalizzato. A nessuno è sfuggito quanto potrebbe essere qualificante per il C.N.S.A.S. il fatto che tutti i tecnici abbiano una certificazione del genere. Il progetto coinvolgerebbe anche tutti i medici della Commissione, che potrebbero in breve tempo divenire, attraverso le vie istituzionali, istruttori di B.L.S. in modo da garantire la formazione dei tecnici senza necessariamente ricorrere a strutture esterne. Riteniamo che un corso B.L.S. tenuto da un medico speleologo possa essere sicuramente arricchito di contenuti specifici del soccorso in grotta.

Interessantissima ed esauriente, come sempre, è stata la relazione del dottor Luigi Prospero sulla Traumatologia del bacino, arricchita nella sua presentazione grafica da schemi, radiografie e protocolli terapeutici. Il dottor Giuseppe Giovine ha fatto il punto sulla composizione della Trousse di primo intervento, presidio che ormai è parte integrante dei materiali delle squadre. Tra le comunicazioni Il trattamento del pneumotorace in grotta tenuta dal dottor Giuseppe Caravaglio ed Il trattamento del dolore in grotta, tenuta dal dottor Valter Callaris, al suo graditissimo ritorno all'attività nella Commissione medica. Il sottoscritto e Giovine hanno infine tenuto un'originale comunicazione sulla pericolosità e sui rischi dell'uso degli esplosivi in ambiente ipogeo sia dal punto di vista della tossicità dei fumi da loro prodotti che da quello degli incidenti derivanti dalla manipolazione di dette sostanze e dalle modalità del loro utilizzo nelle disostruzioni. Alla fine sono state stilate le fondamentali norme di prevenzione per gli addetti ai lavori. La partecipazione dei tecnici, tra i quali diversi fochini patentati, è stata determinante perché l'argomento venisse analizzato a fondo. Per ragioni di tempo non ci è stato possibile ascoltare la relazione di Chiara Maglioni (I.P.) su L'assistenza al politraumatizzato, relazione di notevole interesse per i tecnici che sarà comunque pubblicata negli Atti. Colgo l'occasione per ricordare l'ottimo lavoro che stanno svolgendo in seno alla Commissione gli infermieri professionali,

sempre più numerosi, entusiasti ed attivi.

Tutto quindi ha girato nel verso giusto; sempre le comunicazioni hanno stimolato interessanti e lunghe discussioni che hanno coinvolto tutti, medici, tecnici e ospiti. La notevole quantità di materiale sul quale discutere ci ha fatto decidere di saltare la esercitazione pratica prevista per il sabato al Buco del Castello e la giornata è stata più proficuamente utilizzata per ascoltare altri relatori e per nuove discussioni.

Una novità di questa edizione dell'incontro è stata la partecipazione, su nostro invito, della ditta Spencer nella figura del dottor Paolo Rota, che ha presentato una serie di materiali sanitari per l'emergenza; alcuni di questi sono già utilizzati dalla Commissione speleologica mentre altri si sono dimostrati interessanti per l'impiego in grotta. Ancora una volta si è parlato di barella, argomento sempre scottante e che dovrebbe ormai essere in parte risolto dopo gli accordi con la ditta costruttrice delle barelle a pianale rigido, ma che lascia pensare che è ancora molto il lavoro da fare. Altro argomento che ha stimolato i presenti è stato quello sugli imbraghi per i recuperi nei pozzi artesiani, problema tornato recentemente d'attualità dopo l'incidente in Puglia. Frediano Mancinelli, esperto fisioterapista della Commissione, ha ideato e proposto due tipi di imbragature per soccorritore ed una per infortunato che potrebbero essere utilizzate in situazioni analoghe. Si è deciso di inviare i progetti ai costruttori di materiale speleologico, con la richiesta di produrre alcuni prototipi che dovranno essere poi testati dai medici e dai tecnici che si stanno interessando del problema.

Tra breve daremo alle stampe gli Atti del V Incontro nazionale che usciranno, spero, in contemporanea a quelli in ritardo del IV. Personalmente riengo che nonostante paventate crisi (ma d'altronde non è in crisi tutta la speleologia?) la Commissione medica goda di buona salute grazie all'entusiasmo di quanti ne fanno parte. Non posso congedarmi senza ringraziare il Delegato ed i tecnici del IX Gruppo, organizzatori dell'Incontro ed i gestori dell'Albergo Alpino. Il prossimo incontro potrebbe essere organizzato al Sud, isole comprese. Arrivederci.



Friuli-Venezia Giulia, Torrente Vinadia, Soccorso speleologico-alpinistico in forra. (Alessio Fabbriatore)

SPELEO SOCCORSO

Commissione speleosubacquea

Riunione del 9 novembre 1996

Luigi Casati

Gli obiettivi della riunione erano di esaminare, conoscere ed utilizzare la barella messa a punto dell'équipe digionese.

L'incontro si sarebbe dovuto tenere in Veneto, a Valstagna, ma a causa di un'imprevisto dell'ultimo momento occorso all'équipe francese, è stato necessario spostarlo in Lombardia, a Lecco.

Sabato, nel primo pomeriggio, ci si è recati alla spiaggia di un golfetto del lago di Lecco: qui, l'équipe francese ha montato la barella comprese bombole, erogatori, G.A.V. ecc., illustrandone via via le caratteristiche tecniche, raccontando brevemente la storia della progettazione della barella e del relativo sacco stagno, e rispondendo alle varie domande poste dai convenuti.

Dopo questo dialogo introduttivo ci si è preparati per l'immersione.

I francesi hanno mostrato le migliori posizioni da tenere ed il relativo compito che ogni speleosubacqueo, secondo la sua posizione rispetto alla barella, deve espletare. La prova è stata compiuta in una insenatura poco profonda con acqua tranquilla e sufficientemente limpida.

Il percorso si è svolto su tratti lunghi circa trenta metri ad una profondità media di cinque, sette metri a sperimentandone ciascuno le caratteristiche e le specifiche.

La domenica mattina successiva si sono ripetute le manovre per un più approfondito approccio, la profondità raggiunta è stata di meno quindici metri.

Il gruppo di speleosubacquei italiani si è reso conto delle difficoltà di gestione delle manovre, soprattutto nelle operazioni necessarie per mantenere la barella in equilibrio; del resto non è nemmeno pensabile saper controllare ed usare con scioltezza ed alla perfezione, al primo contatto, un apparecchio di questo tipo. L'incontro ha dato la possibilità di esaminare direttamente, grazie anche alle prove effettuate, il sistema più avanzato barella-sacco, per il recupero speleosubacqueo, attualmente in circolazione, anche se è vero che, già dal primo approccio, ci si è resi conto che essa deve essere ulteriormente perfezionata: i nostri colleghi francesi sono consapevoli dei problemi e già stanno lavorando a successivi miglioramenti.

Questa barella non è mai stata utilizzata per un intervento reale anche perché non se ne è mai presentata la necessità; la sua evoluzione è quindi lenta vuoi per la mancanza di esperienze concrete, vuoi per gli elevati costi delle apparecchiature da acquistare o/e da modificare.

Analizzando le casistiche degli incidenti, ci si rende facilmente conto che il suo impiego rimane comunque limitato a casi particolari che prevedono l'impossibilità di effettuare l'immersione da parte di un'eventuale infortunato, e che l'infortunio di per sé debba d'altra parte permettere medicalmente il trasporto dell'individuo in un ambiente iperbarico.

Per il momento ci si augura che in un futuro prossimo si arrivi ad ottimizzare questa barella che servirà come riferimento per coloro che vorranno dedicarvi le loro attenzioni. Essa probabilmente non potrà essere impiegata in molte occasioni, tuttavia è possibile che la sua esperienza permetterà di gestire al meglio le emergenze che lo richiedano.

La riunione, programmata con molto anticipo, è stata caratterizzata dalla scarsa affluenza di volontari, in tutt'altre faccende affaccendati e questo inconveniente non ha sicuramente contribuito a dare all'estero un'immagine di serietà della nostra Commissione.

Un grazie particolare a J. Michel, C. Locatelli e D. Lefevre che si sono resi disponibili e gentilmente sono venuti in Italia per farci conoscere questo attrezzo. ■

Incidente alla Grotta Scaletta Punta Iacco (Capo Palinuro)

Carlo Germani

Il giorno 10 settembre 1996, alle ore 17:30, tre sub polacchi, Sosinka Gazegore, Spyrka Rafal e Osowski Witold, da circa un mese in Italia per una serie di immersioni insieme ad un folto gruppo di subacquei, si immergono nella grotta Scaletta del complesso di Punta Iacco (Capo Palinuro). Almeno per uno di loro (Witold - vedi anche il grafico delle immersioni) questa è la terza immersione della giornata e probabilmente tutti hanno poca aria nelle bombole. Non hanno con loro la sagola guida e dispongono solo di due lampade subacquee in tre; inoltre solo Witold ha un computer. La grotta scende fino a meno 43 metri con un cunicolo piuttosto angusto che alla base si allarga a formare una piccola sala nella quale convergono anche altri cunicoli più o meno paralleli a quello di ingresso. I tre, scesi fino a meno 35 metri, probabilmente non riescono a trovare la via di uscita in quel piccolo labirinto e ben presto terminano la loro riserva d'aria. I compagni all'esterno, dopo averli attesi inutilmente, rientrano a Palinuro per dare l'allarme alla Capitaneria di porto. Inizia a questo punto la lunga e dolorosa ricerca delle salme da parte dei subacquei del diving locale *Pesciolino* e dei VV.FF.

L'ANSA dirama subito la notizia dell'incidente e all'interno del Soccorso speleologico e della Commissione speleosubacquea ci si attiva per essere pronti in caso di richiesta di intervento, ma dato che da Palinuro non arriva alcuna comunicazione, ben presto la cosa viene archiviata.

Invece il 16 settembre il C.N.S.A.S. viene contattato dai VV.FF. di Salerno per il recupero dell'ultima salma, quella di Witold, che sia i subacquei locali che quelli dei Vigili non riescono a ritrovare. In realtà, dal momento dell'incidente, ogni giorno squadre di subacquei dei VV.FF., coadiuvate dai subacquei del *Pesciolino*, si sono immerse ed hanno recuperato i primi due corpi ma poi, un po' per il maltempo ed un po' per la scarsa dimestichezza con le immersioni speleosubacquee, le ricerche sono giunte ad un punto morto.

Data l'assoluta non urgenza del recupero e considerata la notevole distanza dei subacquei della Commissione speleosubacquea del C.N.S.A.S. da Palinuro, i giorni successivi vengono impiegati dal sottoscritto, Delegato del V Gruppo, e da Paolo Verico, Responsabile nazionale speleologico, in estenuanti contatti con la Prefettura di Salerno, i VV.FF. e la Protezione civile per valutare la possibilità di effettuare il lungo viaggio ed alloggiare a Palinuro non esclusivamente a nostre spese (ovviamente i tre polacchi non erano soci C.A.I.).

Tutto quello che riusciamo ad ottenere è, però, solo la garanzia di un rimborso spese da parte della Protezione civile mentre i contatti con il Sindaco di Centola (da cui dipende Palinuro) si concludono ottimamente: saremo ospiti del Comune.

Si decide infine di partire il giorno 20, ma solo dopo aver ricevuto dai VV.FF. la conferma del mancato recupero dell'ultima salma, avvistata il giorno precedente, e dopo aver ricevuto un fax di richiesta di intervento da parte della Prefettura necessario per i rimborsi della Protezione civile. Le notizie da Palinuro sono vaghe e contraddittorie.

Il 20 nessun segno di vita da parte dei VV.FF. fino alle ore 14, quando mi decido a telefonare per avere notizie. Ovviamente a Salerno nessuno sa nulla e del fax nessuna traccia. Ne deduciamo che l'intervento è terminato e ci accingiamo di nuovo a smobilitare, quando mi richiamano i VV.FF. confermando la richiesta di intervento.

Il 21 quindi partono Luigi Casati,

Massimo Bollati e Claudio Giudici della Commissione Subacquea, Massimiliano Re e Berardino Bocchino come appoggio ed il sottoscritto come responsabile di zona.

Arriviamo sul posto alle ore 17 e, visto l'andamento dei giorni precedenti, temiamo fino all'ultimo di aver fatto un viaggio a vuoto; invece al briefing in Capitaneria di porto ci confermano che la salma è ancora in acqua, incastrata ad una ventina di metri di profondità, in una galleria laterale dove il subacqueo è forse finito durante un ultimo disperato tentativo di uscire. L'incontro con i subacquei dei VV.FF. è un po' tempestoso all'inizio («Ma a voi chi vi ha chiamato?»), anche perché le squadre che si erano alternate fino a quel momento a Palinuro (Bari, Salerno e Napoli) non erano ben collegate con il comando di Salerno e (forse) non sapevano molto delle iniziative prese dai loro superiori. In ogni modo gli equivoci vengono chiariti subito e viene anche messo in chiaro che le squadre del C.N.S.A.S. opereranno sott'acqua in completa autonomia.

La sera vengono preparate le attrezzature e fatti i programmi per l'indomani.

Il 22, alle ore 8 del mattino, siamo al porto in attesa della motovedetta S.A.R. che dovrà portare noi ed i subacquei dei VV.FF. sul luogo dell'incidente. L'imbarcazione arriva alle ore 9:30 ma occorre attendere ancora l'arrivo dell'elicottero dei Vigili che tutti i giorni (anche quelli precedenti) è rimasto in attesa sulla banchina del porto come misura di sicurezza per trasportare eventuali subacquei in embolia alla camera iperbarica di Salerno.

Finalmente alle ore 11 Giudici, Casati e Bollati si possono immergere, assistiti da due subacquei dei VV.FF. che stazioneranno a meno 10 metri, fuori dalla grotta.

La salma viene subito individuata a meno 20 metri circa ma l'avanzato stato di decomposizione fa sì che non appena liberata, questa risalga improvvisamente il cunicolo (non disegnato nel rilievo) per 5/6 metri. Abbondantemente zavorrata e con un vero e proprio paranco viene riportata a meno 20 metri, in corrispondenza di una finestra, e da qui fatta risalire verso l'uscita ma la rottura della sagola provoca una nuova risalita del corpo nel *pozzo superiore* fin quasi in superficie. Poiché non è possibile uscire da quel lato e l'aria è scarsa la salma viene ancorata e, alle ore 12:30, si rientra per la ricarica bombole.

Nel pomeriggio alle ore 17 nuovo tentativo, con l'ausilio di una imbarcazione della Cooperativa del porto, più stabile della motovedetta, ma la salma non è più al suo posto in quanto la risacca, aumentata notevolmente, ha probabilmente rotto tutte le sagole. Vengono comunque recuperate alcune parti dell'attrezzatura ma il mare grosso rende difficoltoso il transitò nel canale di accesso alla grotta e si preferisce rientrare.

Il lunedì mattina si parte per un altro tentativo ma il mare, ulteriormente rinforzato, rende a mala pena possibile uscire dal porto. Si decide quindi di sospendere le operazioni fino al giovedì 26, quando, secondo le previsioni del meteo dell'Aeronautica militare, il tempo sarebbe dovuto migliorare.

Il giovedì nuovi estenuanti contatti con Capitaneria di porto, VV.FF. e Protezione civile: i subacquei dei Vigili hanno nel frattempo effettuato alcune immersioni riuscendo ad individuare solo parti della salma e dell'attrezzatura.

Partiamo nella notte e all'alba siamo di nuovo a Palinuro, tutti tranne Bollati sostituito da Luigi Liverani.

Il venerdì vengono effettuate due immersioni da parte dei subacquei del C.N.S.A.S.: una alle ore 11 ed una alle ore 16:30, durante le quali vengono recuperate le bombole, la zavorra, parti dell'attrezzatura ed il computer da polso. Quest'ultimo è ancora funzionante e, portato a terra, viene subito collegato al computer della Capitaneria che restituisce il grafico delle ultime immersioni di Witold.

Della salma però ancora nessuna traccia

perché la risacca impedisce l'accesso al *pozzo superiore*, ma chiare tracce lasciano pensare che sia proprio in quella zona.

L'indomani alle ore 8, per sfruttare la calma mattutina, siamo di nuovo di fronte a Punta Iacco per un altro tentativo, stavolta misto: Giudici e Re tenteranno di entrare nella parte subaerea della grotta per raggiungere la sommità del *pozzo superiore*, mentre Casati e Liverani cercheranno di accedervi dal basso. Il tentativo, malgrado il mare ancora piuttosto mosso, riesce e la salma risulta essere effettivamente nella piccola grotta sopra il pozzo. Le condizioni del corpo sono ovviamente immaginabili ed è possibile recuperarne solo una parte anche perché occorrebbero ulteriori attrezzature al momento non disponibili. Si rientra in porto alle 9:30 ed il mare, ancora una volta, impedirà una uscita pomeridiana.

Dopo un lungo briefing in Capitaneria, con il morale piuttosto basso, si decide di effettuare un nuovo tentativo all'alba del giorno successivo, mentre Germani e Giudici tornano a Roma per impegni precedenti.

Il 29, come sempre all'alba, Re e Bocchino entrano di nuovo nella parte aerea della grotta ma non riescono ad estrarre il corpo dal cunicolo dove è incastrato, mentre i due subacquei non trovano nulla. Sembra che ci sia una vera e propria maledizione che impedisce al povero Witold di uscire dalla grotta! Al rientro in porto si decide però di fare un ultimo tentativo con un paranchino che i VV.FF. fanno venire con l'elicottero da Salerno e questa volta l'operazione riesce. I due speleologi infatti rientrano nella grotta sempre via mare insieme ad alcuni VV.FF. qui, attrezzata una teleferica ed alcune corde fisse, riescono a portare fuori la salma *estraendola* con il verricello a mano e facendola poi scorrere verso l'uscita con una carrucola.

Questo è stato senza dubbio uno degli interventi più lunghi e tormentati cui abbia mai partecipato e, a parte il mare mosso su cui non abbiamo giurisdizione, i problemi sono stati causati come sempre dall'estremo ritardo con cui siamo stati chiamati dai VV.FF., ritardo che ci ha costretto a lavorare in condizioni veramente al limite dell'umana sopportazione (la salma è stata portata fuori praticamente un pezzetto alla volta).

La Capitaneria di porto, responsabile delle operazioni, non ha molte colpe nel ritardo in quanto non sapeva nemmeno dell'esistenza dei nostri subacquei: questo ci dovrà far riflettere sulle modalità di diffusione delle informazioni relative alla speleologia subacquea ed alle tecniche sviluppate dal C.N.S.A.S. A Palinuro incidenti del genere capitano almeno un paio di volte l'anno e vengono sempre risolti dai subacquei locali e dai VV.FF. con attrezzature e mentalità non molto adatte alle immersioni in grotta e comunque molto simili a quelle che hanno causato l'incidente stesso. Probabilmente la diffusione alle Capitanerie di porto dei nostri elenchi e la realizzazione di manifesti informativi sulle immersioni speleosubacquee da diffondere nelle zone a rischio, come appunto Palinuro, potrebbe forse prevenire la morte di qualche subacqueo normale che intende avventurarsi nelle grotte sommerse.

La collaborazione con i VV.FF., superati i primi attriti, è stata come sempre buona mentre altrettanto non si può dire della Prefettura e della Protezione civile, il cui intervento si è limitato ai soli rimborsi (speriamo!) ottenuti solo dopo giorni e giorni di contatti telefonici. Il comune di Centola è stato invece ottimo e l'ospitalità perfetta. Grazie!

Infine noi: i subacquei del C.N.S.A.S. stratosferici dal punto di vista tecnico, si sono imbattuti nel problema veramente inconsueto dell'avanzato stato di decomposizione della salma, che ha causato il primo sganciamento del corpo ed ha condizionato pesantemente il prosieguo delle operazioni che si sarebbero probabilmente concluse alla prima immersione. ■

SPELEO SOCCORSO



Palinuro. Punta Iacco. Subacquei V.V.F.F. e speleosubacquei C.N.S.A.S. (archivio C.N.S.A.S.)

Il giorno 10 settembre 1996 tre subacquei muoiono nella grotta marina della *Scaletta* presso Palinuro. Due cadaveri vengono recuperati mentre il terzo è introvabile. Dopo una decina di giorni, allertata anche la Commissione speleosubacquea del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico, e dopo circa una settimana di incertezza e sospensione, il giorno 21-09-1996 Luigi Casati, Responsabile della Commissione, viene invitato a gestire la ricerca ed il recupero.

Conoscendo la grotta, sia perché vi ha già compiuto immersioni, sia perché è in possesso della topografia, egli ritiene sufficiente essere coadiuvato da due speleosubacquei che sceglie in base a comodità geografiche operative: essi sono Claudio Giudici e Massimo Bollati.

Arrivati sul luogo, Casati e Bollati per primi, vengono invitati alla Capitaneria di porto dove è in corso una riunione tra Vigili del fuoco sommozzatori, Carabinieri sommozzatori, elicotteristi, addetti alla motovedetta di assistenza e subacquei del diving *Pesciolino*.

Casati e Bollati assistono all'organizzazione della ricerca da parte di un istruttore del diving. Terminata la descrizione dell'operazione che prevedeva l'impiego di sette persone all'interno della grotta fra le quali cinque dislocate a distanza viva per illuminare la via del ritorno e due che, se necessario, avrebbero dovuto spingersi fino alla base del pozzo a meno 39 metri, viene richiesto un parere a Casati. Egli illustra che la logica di intervento speleosubacqueo del C.N.S.A.S. prevede, in una situazione del genere, che uno speleosubacqueo si immerga per localizzare il cadavere e soltanto una volta localizzato, si possa decidere il da farsi per organizzare il recupero: a questo punto, si utilizzerà un numero adeguato di persone pronte, perché non fatte lavorare inutilmente in immersioni precedenti. Dopo queste affermazioni, si scatena, soprattutto da parte dei Carabinieri una polemica nata dapprima, sull'essere soli in acqua, per arrivare poi alle responsabilità (di chi?) su chi lavora in acqua. Da un punto di vista tecnico e a proposito dei metodi di intervento in grotta, probabilmente la Commissione speleosubacquea del Soccorso speleologico non ha nulla da imparare da persone che non frequentano le grotte e per quanto riguarda la responsabilità, la legge stessa permette al C.N.S.A.S. di intervenire in questi casi. Al contrario in quell'occasione si permetteva che a gestire le operazioni e ad immergersi fosse un gruppo di subacquei che non aveva nulla a che vedere nemmeno con la protezione civile. Di fatto si ottiene l'O.K. per l'immersione il giorno 22, con la discesa in acqua e con l'assistenza all'ingresso della grotta dei sommozzatori dei V.V.F.F. del nucleo di Bari. Si immergono Casati e Bollati, con il compito di localizzare ed eventualmente recuperare la salma; per questo motivo portano con loro il sacco salma, mentre Giudici si dispone a meno 15 metri sopra il pozzo e due (o tre) Vigili del fuoco del nucleo di Bari aspettano

all'ingresso della grotta. A causa del mare agitato (onde di circa un metro e mezzo) nella galleria di accesso c'è una discreta corrente che tende, a seconda del movimento dell'onda, a tirare all'interno o a spingere all'esterno della grotta.

Questo movimento di risacca è così marcato poiché esiste un altro accesso a livello del mare. Casati raggiunge per primo la salma che è nel punto descritto precedentemente dai Vigili del fuoco, cioè in un buco a meno 23 metri di profondità, di forma ellittica la cui maggior larghezza è di circa 50 centimetri. La visione non è delle migliori: la testa della salma da lontano sembra un sacchetto di plastica bianco ed avvicinandosi, Casati si rende conto dello avanzato stato di decomposizione; infatti non ci sono più gli occhi, il naso e le orecchie sono corrose, dalla nuca fuoriescono sangue e liquidi, i capelli galleggiano nei dintorni. Il cappuccio della muta, al momento del ritrovamento, non è più sul capo. Casati tenta di estrarre la salma, ma il tentativo non riesce; la spinge allora all'interno della strettoia così da poter vedere in cosa consista l'impedimento: vede infatti che la causa è da imputarsi all'ingombro delle bombole ancora trattenute in vita, dalla cintura.

(L'informazione fornita, dichiarava erroneamente che le bombole erano state tolte).

Casati a questo punto decide di tagliare le cinture, non essendoci alcun'altra possibilità di sganciarle. Durante questa operazione il viso del cadavere si trova a dieci centimetri dal suo e, considerando che ad ogni movimento c'è fuoriuscita di liquidi, la situazione, per usare un eufemismo, non è piacevole. Viene raggiunto da Bollati. Lavorano in coppia. Non riuscendo ad estrarlo dalla strettoia afferrandolo per la testa, lo girano manovrandolo nella saletta al di là della strettoia, e tola l'unica pinna rimasta sul piede destro, cominciano a farlo uscire tirandolo per i piedi. Preparano il sacco salma e cominciano ad infilarlo per i piedi fino a metà corpo; una mano si impiglia in un anfratto ma allorché viene disimpigliata, la salma fortemente carica di gas di decomposizione, sfugge verso l'alto, andando ad incastrarsi a meno 18 metri in un pozzo alquanto stretto, parallelo al principale. La spinta positiva è talmente forte che si rivela impossibile qualunque tentativo di trattenerla. Avendo fortunatamente indossato le bombole all'inglese (cioè sui fianchi) Casati riesce ad infilarsi nel pozzo ed a risalirlo per tentare di riportare il corpo in basso. Si rende conto che, senza zavorra adeguata, questa manovra è impossibile. Raggiunge l'ingresso della grotta per chiedere ai Vigili del fuoco di andare alla barca a recuperare un'adeguata zavorra. Dopo una decina di minuti riceve da un Vigile una risposta negativa circa questa disponibilità. Lo stesso però gli passa la sua cintura personale di nove chilogrammi che si aggiunge agli altri tre chilogrammi predisposti all'ingresso della grotta, da Casati. Questa zavorra di dodici chilogrammi viene agganciata alla vita tramite una cintura e viene fissato

U.I.S.

André Slagmolen

Le but de la «journée du sauvetage souterrain» est de permettre aux spéléologues intéressés par ce thème de se rencontrer et d'échanger leurs connaissances et expériences. Plutôt que de réunir autour d'une table un certain nombre de responsables d'organisations de secours et de se contenter d'échanges formels et exclusivement théoriques, la Commission des secours de la S.S.S. a préféré offrir à tous ceux qui le souhaitent la possibilité de faire une présentation en rapport avec les secours souterrains. La substance de la journée trouvera donc son origine auprès des participants eux-mêmes. Les présentations peuvent prendre les formes suivantes.

- stands d'information;
- présentations de matériel de sauvetage;
- démonstrations;
- communications;
- posters;
- films, diapositives, vidéos, ...
- débats.

Les personnes désireuses de participer activement à cette journée sont priées de l'exprimer lors de leur inscription. De même, les personnes qui ne souhaitent pas présenter quelque chose mais qui désirent que soit organisé tel ou tel événement durant cette journée, peuvent également le signaler au moment de leur inscription. Dans la mesure du possible, leurs souhaits seront pris en considération. Une excursion sur le thème des sauvetages en grotte pourrait être organisée si le besoin s'en fait sentir. un camp post-Congrès est organisé sur ce thème par le Spéléo Secours Français.

Responsables:

Rémy Wenger
La Clé des Champs
CH-2207 Coffrane
☎ ++41 38 57 25 08

Ueli Nägeli
Käserstrasse 3
CH-8865 Bilten
☎ ++41 58 37 24 40

anche un filo intorno ad essa per dare a Bollati la possibilità di tirare stando in basso. Dopo vari ed inutili tentativi di riportarlo giù, Casati intuisce la possibilità di sfilare il corpo dalla strettoia dall'alto e per questo dà le opportune disposizioni a Giudici e a Bollati. Mentre controlla l'operazione, il cordino, che ha una tenuta media di ottanta chilogrammi, si rompe con conseguente risalita rapida del corpo verso il soffitto. Il corpo si ferma a tre metri di profondità probabilmente sotto una cengia. Esaurite quasi le scorte d'aria tutti escono. Riunione in Capitaneria di porto dove si decide di ritornare con un quantitativo di 40 - 50 chilogrammi di piombo. Il ritorno sul luogo d'immersione, avviene dopo circa tre ore ma il mare nel frattempo si è ingrossato ulteriormente e nella galleria iniziale la corrente è diventata molto forte. Percorsi ugualmente alcuni metri di galleria, Casati e Bollati osservano che il filo si è rotto e si è aggrovigliato occupando il percorso. Sul filo vedono incastrata la massa celebrale ed intuiscono l'accaduto. Avanzano e trovano un pezzo di calotta cranica; Casati prova a risalire dove aveva lasciato il cadavere, ma raggiunti quattro metri di profondità, tenendosi bloccato alle pareti anche con le gambe a causa della corrente molto forte non ha la possibilità di proseguire. Insieme al compagno scende nella galleria e, raggiunto il punto dove avevano trovato il corpo, vedono un altro pezzo di calotta cranica, la mandibola e il coltello che la salma aveva sul braccio. Non avendo nulla per raccogliere e stivare le ossa, escono. Durante la riunione in Capitaneria si relaziona l'intervento e si decide di recuperare i resti il giorno dopo. Nel frattempo, mentre si risciacquavano le attrezzature, i soliti ignoti fanno sparire un sacco speleologico di Casati con erogatore Poseidon Jetstrim, completo di manometro Poseidon ed un raccordo DIN Internazionale (valore totale oltre 1.200.000 lire).

Il giorno dopo si tenta di uscire in mare sebbene le condizioni siano ulteriormente peggiorate, ma dopo aver doppiato in Capo, ci si rende conto della situazione proibitiva e di comune accordo si decide di sospendere le operazioni.

La nuova operazione viene richiesta per il giorno venerdì 27/09/1996.

Dopo aver viaggiato tutta la notte, Casati stavolta accompagnato da Massimo Liverani raggiunge Palinuro alle 7 del mattino del giorno 27 ed alla Capitaneria di porto si ritrova con Claudio Giudici, Carlo Germani, Massimiliano Re e Bernardino Bocchino.

Vengono informati che il giorno precedente, giovedì 26 sono state recuperate alcune delle ossa già individuate il giorno 22 e la cintura di zavorra dei Vigili del fuoco che Casati aveva fissato al corpo della vittima. Sulla cintura sono rimasti 6 chilogrammi di piombi. Molto velocemente i vigili del fuoco del nucleo di Napoli organizzano fra di loro la prima uscita insieme ai Carabinieri ed a Walter (un'istruttore del diving), invitando al riposo coloro che avevano

viaggiato tutta la notte. L'obiettivo è localizzare quel che resta del corpo e recuperare le bombole che sono ancora al di là della strettoia. Per questo recupero si procurano un mezzo marinaio lungo circa tre metri: rientrano a mani vuote. La bombola che era a meno 22 metri è stata fatta cadere alla base del pozzo a meno 40 metri. Spiegano di non essere riusciti a sollevarla (erano in due). Casati, Giudici e Liverani si preparano all'immersione: sono circa le ore 10, e con loro stanno sempre alcuni Vigili del fuoco che si fermano all'ingresso della grotta. Casati prova a risalire per tentare di localizzare il corpo e riesce ad arrivare a circa meno 2 metri di profondità senza riuscire a trovarlo. I Carabinieri subacquei erano riusciti a risalire fino a meno 9 metri dicendo che era impossibile la continuazione. Casati raggiunge le bombole cadute a meno 40 metri, affiancato da Giudici: esse sono peraltro attaccate al jacket ed è sufficiente collegarvi il tubo di carica del GAV che lui indossa, immettere aria nel jacket per recuperarle senza problemi. A questo punto egli ritorna a controllare la strettoia dove aveva trovato il corpo il primo giorno del recupero. Vede, nella piccola saletta al di là della strettoia, il computer, una pinna, un piombo e la pelle di un piede. Esce, toglie le bombole da 12 litri predisposte all'inglese, prende due bombole da 7 litri indossandole sulla schiena e con un Vigile del fuoco discende alla strettoia. Per riuscire a passarla deve togliere le bombole, lo fa e, tenendole davanti a sé, la supera. Passa il materiale che trova al di là della strettoia al Vigile che ripone il tutto in un sacchetto. Una volta riemersi tutti e tornati a terra, si programmano i lavori per il sabato. Sabato il mare è leggermente più calmo. Giudici si ferma nella parte iniziale della grotta mentre Casati risale fino a meno un metro: intorno a lui la visibilità è di 20 centimetri a causa del rimescolio creato dalla risacca. Accompagnato da Liverani scende allora nel pozzo per ricontrollare se nella grotta non fosse rimasto del materiale. Raggiunto il fondo, sulla sinistra, Liverani trova la giacca della muta. Viene trovato anche il piombo da 3 chilogrammi perso dalla cintura del Vigile del fuoco utilizzata per zavorrare il corpo. Si decide di uscire per tentare un'ultima immersione, alla mattina alle ore 6 per trovare le migliori condizioni di mare. Giudici e Germani sono ormai ripartiti per casa e rimangono Casati e Liverani speleosubacquei, Bernardino e Re speleologi per tentare di recuperare gli ultimi resti. Il mare è calmo, le condizioni ideali: gli speleosubacquei si immergono e riescono a riemergere incontrandosi con la squadra speleologica. Durante la risalita trovano, incastrata in un pertugio, un pezzo di carne e nient'altro. Scendono nuovamente per ricontrollare che non ci sia più niente.

Le operazioni speleosubacquee terminano con questa immersione.

Luigi Casati ■

31° CONCORSO NAZIONALE U.C.V.

Santa Caterina Valfurva

9 - 19 gennaio 1997

Programma di massima

Giovedì 9 gennaio

Ore 12.00 Ritrovo a Santa Caterina Valfurva presso il Park Hotel
 Ore 15.00-17.00 CLASSE A controllo medico veterinario
 CLASSE B prove di ubbidienza
 Ore 21.00 Apertura ufficiale del corso

Venerdì 10 gennaio

Ore 08.30-12.00 Esercitazione pratica su valanga
 Ore 15.00-17.00 CLASSE A lezione teorica *Neve valanghe* (AINEVA)
 CLASSE B controllo medico veterinario

Sabato 11 gennaio

Ore 08.30-12.00 Esercitazione pratica su valanga
 Ore 15.00-17.00 CLASSE A lezione teorica *Doti caratteriali del cucciolo* (Benazzo)
 CLASSE B lezione teorica *Metodi di comunicazione* (dr. Sgarbi)

Domenica 12 gennaio

Ore 08.30-12.00 Esercitazione pratica su valanga
 Ore 15.00-17.00 CLASSE A lezione teorica *Gestione del cucciolo* (dr. Sgarbi)
 CLASSE B lezione teorica *Tipologie degli interventi* (Benazzo)

Lunedì 13 gennaio

Ore 08.30-12.00 Esercitazione pratica su valanga
 Ore 15.00-17.00 CLASSE A lezione teorica *L'alimentazione nel cucciolo* (dr.ssa De Bernardi)
 CLASSE B lezione teorica *La ricerca in valanga* (Benazzo)

Martedì 14 gennaio

Ore 08.30-12.00 Esercitazione pratica su valanga
 Ore 15.00-17.00 CLASSE A pomeriggio libero
 CLASSE B lezione teorica *La ricerca in valanga* (Benazzo)

Martedì 14 gennaio

Ore 08.30-12.00 Esercitazione pratica su valanga
 Ore 15.00-17.00 CLASSE A pomeriggio libero
 CLASSE B lezione teorica *L'alimentazione e il mantenimento del cane da lavoro*. (dr.ssa De Bernardi)

È indispensabile per la partecipazione a detto corso, il libretto sanitario del cane, comprovante le avvenute vaccinazioni di cimurro, epatite, leptospirosi, parvovirosi e rabbia.

La vaccinazione antirabbica è ritenuta valida se è stata eseguita almeno quaranta giorni prima dell'inizio del corso. I conduttori con i libretti sanitari non in regola verranno rimandati a casa, pertanto onde evitare spiacevoli situazioni si prega di controllare accuratamente i libretti prima della partenza.

I conduttori sono invitati a portare con sé il materiale didattico consegnato in precedenza da parte della Direzione. Si consiglia inoltre, di portarsi alcune razioni del mangime solitamente usato in modo da abituare il cane ad un grande cambiamento alimentare, evitando così l'insorgenza di passeggere patologie dovute ad un repentino cambio delle abitudini alimentari.

Attrezzatura Personale: attrezzatura completa da sci-alpinismo, casco, imbracatura completa da arrampicata con longe, alcuni moschettoni con chiusura di sicurezza, imbraco per il cane (solo per le classi B), A.R.Va., pile di ricambio, pala, sonda, trousse di pronto soccorso.

Attrezzatura per il Cane: libretto sanitario, un collare a strozzo in maglia metallica grande, un guinzaglio, alcuni moschettoncini, un paio di coperte, una ciotola inox, razioni alimentari sufficienti per tre o quattro giorni, spazzola, tendina da bivacco (solo le classi B).

Il Direttore Scuola
nazionale U.C.V.
Andrea Benazzo

Milano, 24 ottobre 1996.

Egr. sig.
Andrea Benazzo
Direttore Scuola U.C.V.

Egr. sig.
Luca Zanoli
Direttore Scuola U.C.R.S.

e p.c.
Ai presidenti
SR/SP
Ai delegati
del C.N.S.A.S.

Oggetto: riunione Comitato nazionale volontariato di Protezione civile del 16/10/1996

Siamo finalmente riusciti, dopo vari tentativi, a richiamare l'attenzione del Comitato nazionale volontariato di Protezione civile sul problema delle Unità cinofile, ottenendo l'iscrizione dell'argomento nell'o.d.g. della riunione del Comitato tenutasi a Roma il 16 ottobre scorso (v. o.d.g. allegato). Da parte nostra, in un intervento da alcuni ritenuto «molto duro, ma opportuno», è stata evidenziata la situazione molto confusa in generale, oltre all'atteggiamento spregiudicato di non poche associazioni, nella quale si trova il settore delle Unità cinofile da soccorso.

Il nostro punto di vista è stato condiviso all'unanimità dal Comitato. Operativamente il Comitato ha deciso di assegnare il problema alla 3ª Commissione (Sviluppi delle attività di soccorso).

Sempre su nostra richiesta, il gruppo che all'interno della Commissione dovrà occuparsi della questione dovrà essere costituito dai tecnici esperti della materia, designati dalle Associazioni che operano nel settore. Per la nostra organizzazione sono stati designati i Direttori delle Scuole U.C.V. e U.C.R.S.

A conclusione del lavoro il gruppo dovrebbe proporre al Comitato nazionale i requisiti necessari alle Unità cinofile da soccorso per poter essere certificate e riconosciute dal Dipartimento di Protezione civile.

I direttori delle Scuole U.C. destinatari della presente sono pregati di dare informazione della presente all'interno delle rispettive Scuole.

Cordiali saluti.

Il Presidente C.N.S.A.S.
Armando Poli

ARMANDO POLI
CORPO NAZ. SOCCORSO ALPINO
E SPELEOLOGICO
VIA FONSECA PIMENTEL, 7 20127 MILANO

PROT. N. 85587/IST2.6
PROSSIMA RIUNIONE COMITATO NAZIONALE VOLONTARIATO PROTEZIONE CIVILE CUI S.V. EST PREGATA NON MANCARE (.) EST CONFERMA MERCOLEDÌ 16 OTTOBRE 1996 AT ORE 10.00 PRESSO DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE - VIA ULPIANO N. 11 - 2. PIANO SALA RIUNIONI CON SEGUENTE ORDINE DEL GIORNO (.)

1) REVISIONE DPR 613/94 AI SENSI DELLA LEGGE 496 DEL 25 SETTEMBRE 1996 (.)
 2) ATTIVAZIONE COMMISSIONI (.)
 3) NOMINA RAPPRESENTANTI GRUPPO MISTO LAVORO PER DEFINIRE STANDARDS ATTIVITÀ CINOFILIE (.)
 4) VARIE ET EVENTUALI (.)

FRANCESCO GIANELLI
PRESIDENTE COMITATO NAZIONALE
VOLONTARIATO PROTEZIONE CIVILE

UN RACCONTO PER MEDITARE: «LA VALANGA È UN ERRORE UMANO»

Paura

«Il mio destino è stato di tornare a casa, alla vita»

Massimo Esposito

Non è facile per me scrivere questo racconto, anche se sono abituato a raccontare le mie emozioni, anche se il ricordo di quanto ho vissuto è stampato su una diapositiva proiettata nello schermo della mia mente. Perché sbagliare non piace a nessuno. Perché raccontare di salite, di avversità vinte, di roccia magnifica e panorami immensi è facile e ti gratifica pure. Ma ammettere i propri sbagli fa bene al morale, ti fa sentire più piccolo, più umile, più prudente. Quando poi ti succede sul tuo terreno, dove hai anni di esperienza pratica e teorica, dove di solito gli altri ti chiedono consigli, dove insegni pure; tante belle parole che per un attimo della tua vita dimentichi. Allora raccontare diventa quasi un obbligo, per non sbagliare più, perché altri non sbagliano mai.

Ma questa è utopia. Siamo uomini e siamo alpinisti. Vogliamo salire le montagne e purtroppo sbagliare ancora, per amore o per pigrizia.

In una bella giornata di marzo sto salendo verso una cima con gli sci ai piedi. Il tempo è sereno, le condizioni generali della montagna sono buone. Salgo rispettando tutte le regole che la prudenza insegna e la mia traccia si svolge sicura su un pendio non sempre facile e lineare. La cima è splendida ed il panorama spazia su tutte le Dolomiti. La discesa non è bellissima. La neve compattata irregolarmente da un vento ascendente non mi permette una sciata fluida ed elegante. Sono stanco fisicamente e mentalmente. Devo attraversare nel vallone parallelo per riguadagnare la forcina da

cui potrò scendere a valle. Dovrò risalire 70;80 metri, un dislivello insignificante di solito. Ma non per me, non in quel momento. Senza una valutazione razionale, spinto da un senso di scazzamento verso quella gita non proprio favolosa, infilo tre curve strette su neve crostosa portante per prendere una diagonale a filo delle rocce. Il risparmio è logico ed evidente: circa dieci, forse quindici metri di dislivello; quasi cinque minuti della mia vita, ben 50 Kcal delle mie riserve energetiche! Senza pensarci mi butto su quello che all'andata avevo considerato come un pendio potenzialmente pericoloso ed avevo evitato con un piccolo giro: dieci metri di dislivello appunto.

Il lastrone si è staccato, improvviso e silenzioso come deve essere un lastrone. Perfetta trappola mortale stile film sul Vietnam. In un attimo, che per spiegare mi occorrono trenta secondi, ho sentito il terreno muoversi, diventare un fluido. Come camminare sulle biglie, come il terremoto quando ero bambino.

Ho spinto con i bastoncini, ho perso lo sci a valle, ho affondato le mani nel substrato nevoso. E sono rimasto là, mentre tutto il pendio procedeva verso valle e cinquanta metri più sotto, con un boato, si fermava in una conca. Piccole palline da golf e blocchi grandi come tavole. Sono rimasto ad un metro dal bordo del lastrone, dove un piccolo avvallamento divideva in due il pendio che prima sembrava uniforme, un piccolo avvallamento che mi ha salvato la vita. Senza il tempo di avere paura o emozioni. Solo l'istinto di affondare le mani nella neve e di urlare. Urlare di rabbia per

la mia demenza, per avere messo in gioco tutto per niente. La vita per dieci metri di dislivello. La paura è venuta dopo, quando ho dovuto muovermi; quando ho dovuto prendere delle decisioni su dove andare, su cosa fare. Paura di sbagliare di nuovo.

Anche se la parte razionale del mio subconscio sapeva che non c'era più pericolo, non sono riuscito a tornare sul letto del lastrone, per vedere, da tecnico, i dati salienti di quella valanga. Non sono neppure riuscito a salire, su uno splendido firn, con gli sci in forcina. Ho preferito metterli in spalla ed arrampicare su delle roccette marce che a me sembravano il miglior calcare del mondo. Solo in forcina piano piano ho ripreso il pieno controllo, pensando alla vita ed al destino. Ho parlato spesso con gli amici di valanghe e fato, senza mai voler credere al destino. Ora che ho provato, ora che ho sentito il terreno cedere sotto i piedi, ora che ho un'esperienza in più per giudicare, ora più che mai mi sento di affermare che la valanga non è destino! Destino è restar fuori o venir sepolto; tornare a casa con le proprie gambe o dentro il sacco salma su un elicottero.

Il mio destino è stato di tornare a casa, tornare alla vita e a ciò che amo. La valanga non è stata destino.

La valanga è un errore umano; a volte banale, a volte di difficile interpretazione. È comunque un attimo per cui, sulla base di un proprio errore, si mette in gioco la vita. Non ne vale proprio la pena ma può succedere a tutti. In qualsiasi momento. ■

La relazione del tragico incidente alpinistico occorso il 4 settembre 1996 sul Mont Ciarforon

a cura del Soccorso alpino valdostano

In data 4 settembre 1996, sul Mont Ciarforon, in Comune di Valsavarenche (AO), ed in particolare sulla parte sommitale dello stesso, alle ore 4:45 pomeridiane, una massa di neve si è distaccata sotto il peso di due persone che, in cordata, scendevano dalla vetta del Mont Ciarforon, trascinandole a valle.

Gli alpinisti coinvolti nell'incidente erano i signori:

Staffizza Mauro, nato il 19 marzo 1959, residente a Ruda (UD) in via Torre 7/B, coniugato;

Pittioni Sandro, nato il 15 giugno 1968, residente a Cividale del Friuli (UD) in Borgo Viola 13, celibe.

Le operazioni di soccorso, descritte di seguito, sono iniziate immediatamente nel pomeriggio dello stesso giorno 4 settembre ed hanno permesso di rintracciare i corpi senza vita dei due alpinisti.

Zona dell'evento

Il distacco della valanga che ha causato l'incidente in questione è avvenuto sulla sommità del Mont

Ciarforon, a quota 3600 metri circa.

La zona si colloca geograficamente sulla destra orografica della Valsavarenche, nel Comune omonimo.

La cima del Ciarforon è pressochè totalmente ricoperta da una calotta niveoglaciale sostenuta da rocce in parte affioranti, ben visibili nella barra rocciosa della parete Nord.

L'insieme della zona identificata costituisce un complesso glaciale a ripidità accentuata, che ripiena nell'area sottostante la parete Nord del Mont Ciarforon, ove sono presenti numerosi crepacci.

L'itinerario alpinistico

Nella zona descritta transitano i percorsi alpinistici detti via Normale e via Chiara, i quali si dipartono entrambi dal rifugio Vittorio Emanuele II a quota 2732 metri per passare, il primo itinerario, dalla cresta di Nord-Est del Ciarforon, ed il secondo affrontando il muro della parete Nord nella parte centrale.

Le difficoltà dei percorsi richiedono buone capacità alpinistiche,

conoscenze dell'ambiente di montagna e adeguata preparazione, la quale deve comprendere una perfetta conoscenza dei differenti pericoli della zona nella quale si vuole transitare.

Dalle tracce rinvenute e dalle testimonianze raccolte appare che i due alpinisti Pittioni e Staffizza siano saliti lungo un tragitto non comune, situato a metà fra le due vie descritte precedentemente, affrontando dapprima un ripido canale a N-NE e poi attraversando il versante innevato sovrastante per proseguire verso la vetta, raggiungendola alle ore 16:30.

Descrizione dell'evento

Alle ore 4:45 pomeridiane del giorno 4 settembre 1996 la cordata formata dai due alpinisti sopra nominati ha provocato, a circa quaranta metri sotto la vetta del Ciarforon, parete Nord, il distacco sotto il proprio peso di una massa di neve resa fragile dall'azione del vento e comunemente conosciuta con il nome di *placca a vento*.

La massa nevosa distaccatasi ha percorso detta parete per circa 500

metri, percorrendo la barra rocciosa, colmando i crepacci incontrati nel suo cammino e formando due lingue di accumulo a quota 3300 metri circa.

La cordata è stata travolta dalla massa valanghiva, che ne ha trascinato i componenti nella parte corrispondente alla zona di accumulo.

In tale aerea, come già evidenziato, sono presenti crepacci, in uno dei quali è stato rinvenuto il corpo del Pittioni.

Condizioni meteorologiche

Nel periodo in cui si è verificato l'evento si erano riscontrati venti dai quadranti occidentali e nuvolosità variabile.

Le previsioni per la giornata del 4 settembre indicavano cielo parzialmente nuvoloso, temperatura senza variazioni significative e tendenza al miglioramento.

Operazioni di soccorso

Alle ore 4:45 pomeridiane si è verificato l'evento valanghivo in questione.

L'allarme è giunto al Centro operativo della Protezione civile alle ore 4:50 pomeridiane.

Alle ore 4:58 pomeridiane è decollato l'elicottero della Protezione civile con il nucleo di primo intervento ed il materiale di soccorso. I soccorritori giunti sul posto avvistano immediatamente il corpo di un alpinista, riconosciuto poi per quello dello Staffizza, alla base della parete, non ricoperto dalla neve della valanga.

Le ricerche successive sulla superficie della valanga e della parete danno esiti negativi.

Viene nel frattempo allertata anche la base di Coumayeur e si richiede l'intervento di unità cinofile.

Le ricerche proseguono fino a tarda sera.

Alle ore 7:00 del giorno successivo, 5 settembre 1996, sono ricominciate le operazioni di ricerca sulla valanga.

Alle ore 9:50 è avvenuta la prima segnalazione da parte di un cane da valanga.

Alle ore 10:30 in un crepaccio posto nella zona superiore dell'accumulo valanghivo viene recuperata la seconda vittima;

Le operazioni terminano alle ore 11:13.

Alle operazioni di soccorso hanno collaborato militari del Soccorso alpino della Guardia di finanza e dei Carabinieri, giunti sul posto con propri elicotteri. ■

Piazzola di elisuperficie intitolata al volontario Giuseppe Mollicone

Michele Gaglione

Nei giorni 9 e 10 settembre è stata inaugurata a Colleparado (FR) una piazzola di atterraggio per elicotteri intitolata alla memoria del volontario Giuseppe Mollicone.

Il terreno su cui si sviluppa l'elisuperficie è stato donato al Servizio regionale Lazio dai Monaci della vicina Certosa di Trisulti ed i lavori di adattamento e realizzazione sono stati curati dalla stazione di Colleparado della XXIV Delegazione alpina.

Il pomeriggio del giorno 9, nell'ambito delle iniziative prese per l'inaugurazione, si è svolto ad Alatri (FR), un breve convegno sul tema: *Il C.N.S.A.S., il 118, e le F.A.; quale tipo di collaborazione* organizzato dal Servizio regionale Lazio.

Al convegno hanno partecipato, oltre ai responsabili del Servizio regionale Lazio, al Presidente del C.N.S.A.S. Armando Poli, al Vice presidente Sergio Macciò, il dottor Antonio De Santis, dirigente del 118 per la Provincia di Frosinone, che ha efficacemente illustrato le finalità di un numero unico di soccorso e della recente convenzione stipulata con il C.N.S.A.S. Lazio, e il Tenente cappellano, del S.A.R. - A.M. Ciampino (Roma), che ha tracciato un quadro purtroppo poco incoraggiante della situazione dell'elisoccorso con mezzi militari in Italia. L'intervento del Presidente Armando Poli è stato particolarmente interessante per i volontari del Servizio regionale

Lazio, che hanno potuto apprendere direttamente da lui quali orientamenti e quali obiettivi ha il C.N.S.A.S. nel campo della collaborazione con le Forze armate e gli altri Enti dello Stato. È seguito un lungo ed interessante dibattito che ha coinvolto tutti i presenti.

La cerimonia vera e propria è iniziata la mattina del 10 settembre con la scopertura del piccolo monumento dedicato al volontario Giuseppe Mollicone.

È seguita una breve dimostrazione tecnica di elisoccorso durante la quale i volontari e i cinofili del Servizio regionale Lazio del C.N.S.A.S., imbarcati su di un elicottero AB 212 dell'Aeronautica militare proveniente da Grazzanise, hanno eseguito di fronte al numero pubblico ed alle autorità presenti alcune manovre di soccorso con l'uso dell'elicottero e una breve simulazione di ricerca di un disperso.

La cerimonia è proseguita nei locali della vicina Certosa di Trisulti dove Michele Gaglione, presidente del Servizio regionale Lazio, ha ricordato l'amico scomparso, dopo di lui Maurizio Carpentieri (Capo stazione di Colleparado), Padre Dionisio Raponi (Priore della Certosa di Trisulti), il Vice prefetto della Provincia di Frosinone dottor Ernesto Grossi, e tutte le altre autorità civili e militari intervenute, hanno rivolto indirizzi di saluto ed augurio ai presenti.

Particolarmente interessante è stato il discorso del Presidente della Comunità montana, che, evidentemente colpito dall'utilità sociale dell'elisuperficie, ha prospettato la possibilità di costruire, con finanziamenti della Comunità, altre piazzole di atterraggio nei Comuni dell'area dei Monti Ernici.

Infine il ringraziamento portato dalla famiglia Mollicone ha rappresentato per tutti un momento di forte emotività.

La cerimonia si è conclusa con la consegna di targhe ricordo della manifestazione. ■

A tutti i collaboratori

La redazione di *Notizie* desidera ringraziare sentitamente tutti coloro che con i loro articoli rendono possibile la pubblicazione del periodico.

Nel contempo ritengo utile specificare quanto segue:

a. i testi non devono superare le tre cartelle dattiloscritte con interlinea due;

b. i testi accettati dal computer devono essere elaborati con Word Perfect 5.0, Mac write 5.0 e Word 6.0 (valido solo per coloro che inviano i dischetti);

c. inviare sempre fotografie (diapositive o bianco e nero) possibilmente si orizzontali che verticali con opportune didascalie.

Elisoccorso a Rigopiano

Francesco Catonica

Il giorno 13 luglio 1996 in località Rigopiano, sul versante Nord del gruppo del Gran Sasso d'Italia, si è svolta una manifestazione di elisoccorso tesa a sensibilizzare le forze politiche regionali abruzzesi sul problema del soccorso alpino e sull'uso dell'elicottero in montagna.

Lo spunto per questa iniziativa (progettata da un anno ma non attuata) è nato dalla costruzione di una piazzola di atterraggio per elicotteri, realizzata dalla stazione C.N.S.A.S. di Penne e dedicata a Gabriele Ciuffi, componente della squadra di Penne scomparso il 26 novembre '95 durante un'esercitazione proprio sul versante Nord del Gran Sasso.

La dimostrazione è stata effettuata con un elicottero A109K2 e si è svolta in due fasi. In un primo momento si è effettuato il trasporto di un ferito con barella portantina con metodo lecchese e la successiva verricellata sull'elicottero. In una seconda fase, messa in atto nella zona del Corno Grande e del Monte Aquila, si è proceduto al recupero diretto con verricello di una persona appesa in parete ed al recupero in parete di una squadra.

Al termine della dimostrazione si è intavolato un dibattito a cui hanno partecipato l'Assessore alla Sanità della

Salvata una vita

È stato Kirà, un eccezionale pastore tedesco addestrato dal proprietario Giorgio Frattini, volontario del Soccorso alpino di Reggio Emilia, a salvare l'anziano Giuseppe Gaspari, evitandogli un'altra notte all'addiaccio che avrebbe potuto rivelarsi anche fatale per l'ottantenne.

L'uomo infortunato, seminato dai cespugli, è stato avvistato da Kirà e Frattini, che lo seguiva a poca distanza.

Un vero successo per le Unità cinofile da ricerca del Servizio regionale dell'Emilia del C.N.S.A.S.

Regione Abruzzo, esponenti del Consiglio regionale, dirigenti del gruppo Agusta, il vice presidente nazionale Sergio Macciò ed il delegato della XX Zona del C.N.S.A.S. Dalla discussione è emersa l'importanza del soccorso in elicottero e quindi di avere mezzi idonei e di pronto impiego con basi attrezzate in regione.

I risultati di questa iniziativa cominciano a concretizzarsi, in quanto, successivamente alla manifestazione, è stato deliberato dalla Regione Abruzzo che verranno attrezzate due basi, una dislocata a L'Aquila con la mira precisa di prestare soccorso in montagna ed una a Pescara con compiti misti mare-montagna. Entro l'anno si svolgerà la gara d'appalto con le compagnie elicotteristiche.

Il C.N.S.A.S. abruzzese spera quindi in una svolta decisiva nel 1997 per quanto riguarda la possibilità di soccorso con elicottero in montagna. ■

REGOLAMENTO PER IL TRASPORTO D'URGENZA DI AMMALATI E TRAUMATIZZATI GRAVI

(Ministeri: Interno, Sanità, Finanze, Marina mercantile, Difesa)

edizione 1976

Generalità

Art. 1

Ai fini del presente Regolamento, per ammalati e traumatizzati gravi si intendono quelli per i quali un mancato urgente trasporto può costituire un pericolo di vita. Ogni altro caso non è da tenere in considerazione ai fini degli interventi previsti dalle presenti norme.

Art. 2

Il trasporto di ammalati e traumatizzati gravi con i mezzi delle FF.AA. o Corpi o Enti dello Stato, supplisce e completa l'opera di pronto soccorso dei normali servizi sanitari, nei soli casi in cui, siano insufficienti l'assistenza e le attrezzature sanitarie locali (Paesi isolati, piccole isole) e tale trasporto sia impossibile con i normali mezzi.

Art. 3

Il trasporto di cui al precedente art. 2 viene effettuato di norma con i mezzi aerei delle FF.AA. o Corpi o Enti dello Stato, ma possono essere impiegati anche mezzi marittimi e terrestri.

Art. 4

I mezzi di cui sopra sono concessi per il trasporto dei pazienti al centro ospedaliero idoneamente attrezzato più prossimo, ad eccezione di quelli della Marina militare, che effettuano i trasporti sino al più vicino centro ospedaliero. Nell'allegato A al presente regolamento è riportato l'elenco dei centri ospedalieri italiani idoneamente attrezzati per i diversi casi, redatto a cura del Ministero della sanità. Ogni altro trasporto (da città a città o da centro ospedaliero a centro ospedaliero) esula dal servizio di cui al precedente art. 2 e pertanto dai compiti specifici assunti dalle FF.AA., Corpi od Enti dello Stato con il dettato delle precedenti norme.

Tuttavia, in casi eccezionali e di estrema gravità, si seguirà la procedura di cui al successivo art. 7, comma 2°.

Art. 5

Concorrono al Servizio di pronto soccorso la C.R.I. ed il C.I.R.M.

Le specifiche prestazioni della C.R.I. (ambulanza e personale sanitario su di esse imbarcato) e del C.I.R.M. (consulenza medica) si intendono a titolo gratuito.

Procedure di impiego

Art. 6

Il Servizio soccorso aereo si inquadra ordinativamente nell'organizzazione dell'Aeronautica militare la quale, per l'espletamento del servizio stesso, si avvale di una Catena di comando e controllo facente capo ai Centri coordinamento soccorso dislocati a Padova-Monte Venda e Taranto-Martina Franca. L'R.C.C. di Taranto-Martina Franca dispone di due Sottocentri coordinamento soccorso a Roma-Ciampino e Cagliari-Elmas. Il Comando trasporti e Soccorso aereo, dislocato sull'aeroporto di Ciampino (I), è l'organo dell'Aeronautica militare che, nel campo del Soccorso aereo, è proposto alla direzione del Servizio il cui compito d'istituto è quello della ricerca di aerei incidentati su terra e sul mare.

Art. 7

Le richieste di trasporto urgente di ammalati e traumatizzati gravi devono essere avanzate dalle autorità sanitarie locali alle Prefetture, le quali, ove per motivi di orario o di condizioni fisiche particolari del paziente non sia possibile utilizzare i servizi aerei di linea o di lavoro aereo, interessano il C.I.R.M., curando di mettere in contatto il C.I.R.M. stesso con il medico che propone il trasporto. Nel caso in cui al 4° comma del precedente art. 4, i direttori sanitari degli ospedali che chiedono il trasferimento di propri pazienti ad altri ospedali si rivolgeranno direttamente al C.I.R.M. Il C.I.R.M. seguirà, in entrambe le ipotesi, la procedura di cui al successivo art. 9.

Art. 8

Quando il paziente è in condizioni tali per cui anche un breve anticipo nel soccorso può essere determinante ai fini della sua salvezza e nel contempo risulti più agevole il contatto con un Reparto prossimo delle FF.AA., Corpi od Enti dello Stato, allora e soltanto in queste circostanze, le Prefetture o le altre autorità locali possono richiedere direttamente al detto Reparto i mezzi di trasporto.

In tali casi:

- le autorità locali richiedenti sono tenute a dare immediata comunicazione della richiesta effettuata, alla Prefettura competente per territorio;

- il reparto chiamato a fornire il mezzo, accoglie, ove possibile, la richiesta e ne informa comunque immediatamente l'R.C.C. interessato.

Art. 9

Il C.I.R.M., qualunque sia la provenienza della richiesta, vaglia sotto il profilo tecnico-sanitario la motivazione d'urgenza e passa le richieste ritenute meritevoli di accoglimento agli R.C.C. interessati, comunicando:

- alle Prefetture l'accoglimento ovvero i motivi del mancato accoglimento delle richieste inoltrate a termini dell'art. 7, 1° comma; gli estremi nonché l'esito delle richieste pervenute direttamente da Enti locali ovvero a termini dell'art. 7, 2° comma;

- alla Capitaneria di porto competente per giurisdizione gli estremi nonché l'esito delle richieste pervenute da navi in navigazione.

Art. 10

Gli R.C.C. provvedono a disporre l'intervento dei mezzi adatti alle missioni richieste.

Quando il trasporto di malati da navi in navigazione non può essere effettuato con mezzo aereo, l'R.C.C. interessato rivolge la richiesta alla Capitaneria di porto competente per giurisdizione.

Art. 11

Le autorità richiedenti debbono curare la consegna al capo equipaggio del mezzo soccorritore dei seguenti documenti da esse, ove possibile, vistati:

a. certificato medico dal quale risulti:

1. la diagnosi, con la dichiarazione del carattere imprescindibile del trasporto;
2. il nulla osta alla trasportabilità per via aerea;
3. la necessità o meno di assistenza a bordo, con medico o infermiere;
4. la destinazione del paziente;

b. dichiarazione dell'interessato, di esonero dell'equipaggio e della Pubblica amministrazione da qualsiasi responsabilità in via diretta o di rivalsa. Detta dichiarazione dovrebbe essere firmata in modo leggibile dal paziente o dall'esercente la patria potestà, oppure dal più stretto familiare e, preferibilmente, da due testimoni. In mancanza del familiare, la dichiarazione stessa dovrebbe essere firmata

dai soli testimoni, che ricevono l'espressione della volontà del paziente, qualora egli sia in grado di parlare ma non di scrivere.

All'autorità richiedente spetta di accertare che la persona che rilascia la dichiarazione in vece del paziente, ne abbia la facoltà.

Ove manchino Autorità sanitarie locali, e solo nei casi di estrema urgenza, si può prescindere dalla documentazione di cui sopra, limitando le formalità alla firma, da parte dell'autorità richiedente e/o dell'ammalato o suo familiare, di un modello di dichiarazione liberatoria, presentato dal capo equipaggio al momento dell'imbarco (modello in allegato B).

Art. 12

I pazienti, i sanitari e gli accompagnatori (questi ultimi autorizzati all'imbarco solo se il carico lo consente), quando imbarcati su aerei del Ministero difesa immatricolati militari, non sono tenuti al pagamento del premio di assicurazione relativo al trasporto via aerea. Il personale di bordo deve però prendere nota del numero dei trasportati, per darne comunicazione agli R.C.C. interessati, di volta in volta. I pazienti, i sanitari e gli accompagnatori, imbarcati su aerei di altri Ministeri, devono attenersi alle norme assicurative decretate da ogni singolo Ministero.

Art. 13

Le Autorità sanitarie locali devono provvedere al trasporto dei pazienti ai luoghi di imbarco e fornire l'assistenza sanitaria in volo eventualmente necessaria ai sensi del precedente art. 11/a/3. Gli R.C.C. provvedono invece a chiedere tempestivamente alla C.R.I. o ad altre Autorità le ambulanze per il trasporto dei pazienti dai punti di sbarco all'ospedale di destinazione.

Art. 14

Fanno eccezione alle norme di cui agli art. 8 e 13, i trasporti urgenti in zona dove si renda impossibile o difficile l'intervento delle autorità locali (montagna o luoghi comunque isolati. In tal caso:

a. la facoltà di richiesta può essere estesa a privati cittadini che si trovino sul luogo e riferirsi anche a:

1. pazienti il cui trasporto con mezzi terrestri sia pregiudizievole per durata e disagi;

2. squadre di soccorso impossibilitate ad intervenire con altri mezzi;
3. materiale di salvataggio occorrente con urgenza a squadre di soccorso;

b. le richieste che perverranno direttamente ai reparti delle Forze armate o dei Corpi dello Stato sono da questi accolte e, a seconda della disponibilità dei mezzi aerei:

1. eseguite informandone le Prefetture competenti per territorio e gli R.C.C. interessati per il controllo delle missioni di volo, oppure
2. inoltrate immediatamente alle Prefetture e agli R.C.C. competenti, per l'intervento di altro reparto;

c. può essere fornita, ove occorra e sia disponibile, assistenza medica dai reparti delle FF.AA. o dei Corpi dello Stato, che provvederanno anche alle richieste per le ambulanze ai punti di sbarco.

Art. 15

Ove, ottenuto il trasporto con mezzi delle FF.AA., Corpi od Enti dello Stato, il contenuto delle attestazioni sanitarie prodotte a sostegno della richiesta risulti consapevolmente non corrispondente alla realtà, FF.AA., Corpi ed Enti interessati avvieranno nei confronti dei responsabili, per il recupero delle spese ingiustificatamente sostenute per l'intervento, la prescritta procedura per la riscossione coattiva delle entrate patrimoniali dello Stato.

Art. 16

Eventuali gravi inconvenienti potranno essere sottoposti alla valutazione di una commissione interministeriale composta da qualificati rappresentanti nominati dai Ministeri che hanno concordato le presenti norme e da eventuali altri enti.

nota

1. Attualmente il C.T.S.A. è soppresso ed i compiti e le attribuzioni relativi vengono espletati dal Comando 2a R.A.

n.d.r.

1. I trasportati in operazioni di soccorso reale sono assicurati in forma anonima a cura del Ministero titolare del mezzo aereo (art. 12)

2. Per le operazioni di soccorso in montagna (località isolate - vedi art. 14) i delegati e/o capi stazione hanno la facoltà di richiedere il concorso di elicotteri dello Stato, direttamente ai reparti delle Forze armate o dei Corpi dello Stato.

Convenzione S.A.R.

Tra l'Aeronautica Militare ed il Club Alpino Italiano

Art. 1

Allo scopo di perfezionare il Servizio di ricerca e soccorso in caso di incidenti sia aerei che alpinistici nelle zone montane, viene stipulata la presente Convenzione tra il Club Alpino Italiano (C.A.I.) e l'Aeronautica Militare (A.M.).

Art. 2

Nei casi di sinistri aerei, il C.A.I. interviene su richiesta dei Centri Coordinamento Soccorso (R.C.C.), con personale e mezzi forniti dalle Delegazioni di zona del Corpo Nazionale Soccorso Alpino (C.N.S.A.), le quali si avvalgono anche dell'opera delle dipendenti Stazioni di soccorso alpino.

Art. 3

Nei casi di incidenti alpinistici l'A.M. interviene, su richiesta del C.N.S.A., con personale e mezzi forniti dagli R.C.C.

Art. 4

Nei casi di operazioni reali di ricerca e soccorso, R.C.C. e Delegazioni di zona devono trattare congiuntamente quanto concerne i rispettivi interventi.

Art. 5

La direzione delle operazioni di ricerca e soccorso è devoluta:

- all'R.C.C. competente per giurisdizione nei casi di incidenti aerei;
- al C.N.S.A. nei casi di incidenti alpinistici, a meno che non sia stato richiesto l'intervento dell'Esercito. In quest'ultimo caso il Delegato di zona del C.N.S.A. si affiancherà all'ufficiale dell'E.I. direttore delle operazioni in qualità di consulente per l'impiego delle squadre del C.N.S.A. In ogni caso, il coordinamento delle attività aeree sarà compito dell'R.C.C. interessato.

Art. 6

Le modalità per la richiesta di intervento per operazioni di ricerca e soccorso, sono le seguenti.

6.1 In caso di incidente aereo: l'R.C.C., nella cui giurisdizione è avvenuto il sinistro, richiederà al Delegato di zona competente per territorio, l'intervento di squadre attrezzate segnalando a mezzo telefono con successiva conferma telegrafica:

- località e zona dell'incidente;
- natura dell'incidente;

- caratteristiche dell'aereo (colore, forma, dimensioni);
- numero di persone a bordo dell'aereo;
- ogni altro elemento ritenuto utile per le operazioni.

6.2 In caso di incidente alpinistico:

- Il Delegato di zona in cui è avvenuto l'incidente richiede all'R.C.C. interessato, il suo intervento a mezzo telefono, con successiva conferma telegrafica, segnalando:
 - località e zona dell'incidente;
 - natura dell'incidente;
 - numero di persone coinvolte nell'incidente;
 - natura dell'intervento richiesto (lancio di materiali, trasporto squadre soccorso, evacuazione feriti, ecc.);
 - condizioni meteo sulla zona di intervento;
 - ogni altro elemento utile per le operazioni.
- L'R.C.C. interessato si riserva di concedere l'intervento dei mezzi aerei, dopo aver vagliato la situazione in rapporto alle possibilità tecniche-operative dei mezzi da impiegare ed alle condizioni meteorologiche della zona di intervento.

Art. 7

Tutto il traffico radio-telegrafico relativo alle operazioni di soccorso avrà la qualifica "SS" (messaggi di soccorso e salvezza vite umane) e portando dovrà essere effettuato con la procedura prevista per detta qualifica secondo le norme internazionali.

Art. 8

Ogni qualvolta una Stazione di soccorso alpino viene a conoscenza di un incidente aereo verificatosi nella zona di propria giurisdizione, dovrà intervenire direttamente ed immediatamente con tutti i propri mezzi per le prime operazioni di ricerca e soccorso, dandone contemporaneamente comunicazione con il mezzo più rapido, al Comando Carabinieri più vicino perché ne dia notizia all'R.C.C. competente per giurisdizione.

Art. 9

Ogni qualvolta un R.C.C. viene a conoscenza di un incidente alpinistico verificatosi nella propria giurisdizione, dovrà intervenire immediatamente con tutti i propri mezzi a disposizione dandone contemporaneamente comunicazione con il mezzo più rapido al Delegato di zona del C.N.S.A. competente per giurisdizione.

Art. 10

Entro il giorno 15 dei mesi di gennaio e luglio di ogni anno, il C.N.S.A. provvederà ad inviare al Comando Trasporti e Soccorso Aereo (C.T.S.A.) (1) ed agli R.C.C. i quadri aggiornati delle zone dipendenti comprensivi di:

- numero e ubicazione delle stazioni di ogni zona;
- indirizzo postale e numero telefonico di ogni stazione;
- attrezzatura esistente presso ogni stazione;
- numero di uomini disponibili presso ogni stazione;
- indirizzo postale e numero telefonico di ogni Delegato di zona, e il suo sostituto in caso di sua assenza;
- ogni altra notizia ritenuta utile per un efficace e pronto intervento.

Art. 11

Il C.N.S.A. accantonerà, presso le sedi del C.A.I. di Milano e Roma, attrezzature e materiali di soccorso che possono essere lanciati dai velivoli a mezzo aereorifornitori.

Art. 12

Gli R.C.C. metteranno a disposizione delle Delegazioni di zona del C.N.S.A., in caso di operazioni reali o di esercitazioni, stazioni radio portatili e altro materiale eventualmente necessario.

Art. 13

Verranno di volta in volta presi accordi diretti tra C.T.S.A. e C.N.S.A. per l'effettuazione di esercitazioni periodiche nella misura che sarà ritenuta opportuna.

Art. 14

Tra C.T.S.A. (1) e C.N.S.A. potranno essere scambiate pubblicazioni, schemi e norme riguardanti il soccorso in montagna onde rendere più stretta la collaborazione tra le rispettive organizzazioni.

Art. 15

L'assistenza tra le due organizzazioni del C.A.I. e della A.M. viene prestata gratuitamente per quanto riguarda l'impiego del personale e dei mezzi. Il C.A.I. e l'A.M. si assumono l'onere del pagamento delle spese per le comunicazioni su circuiti a filo civile con le seguenti modalità.

15.1 Operazioni per incidenti aerei:

Tutte le spese eventuali per il traffico relativo a tali operazioni, vengono addebitate all'A.M.

15.2 Operazioni per incidenti alpinistici:

tutte le spese eventuali per il traffico relativo a tali operazioni, vengono addebitate al C.A.I.

Art. 16

Qualora per operazioni od esercitazioni di soccorso fosse necessario, per la tempestività dell'intervento, il trasporto in elicottero o in aereo, di squadre di soccorso del Corpo nazionale di soccorso alpino, le spese di assicurazione relative al predetto personale saranno a carico:

16.1 dell'A.M. se trattasi di soccorso relativo ad incidenti aerei (od esercitazioni che trattino questo tema).

16.2 del C.A.I. se trattasi di soccorso relativo ad incidenti alpinistici (od esercitazioni che trattino questo tema).

Art. 17

Le parti contraenti si danno reciprocamente atto che, in base alla presente convenzione, in ordine ad eventuali conseguenze dell'azione di soccorso da ciascuna di esse prestata, si fa rinvio alle polizze di assicurazione all'uopo stipulate, con esclusione di responsabilità degli enti medesimi e del rispettivo personale impiegato. Di ciò verrà di volta in volta data conoscenza agli interessati.

Art. 18

La presidenza del C.A.I. delega il C.N.S.A. a sottoscrivere la presente Convenzione ed a curarne la successiva applicazione.

Art. 19

Lo Stato maggiore dell'A.M. delega il C.T.S.A. a sottoscrivere la presente Convenzione ed a curarne la successiva applicazione.

Art. 20

La presente Convenzione entra in vigore all'atto della firma.

Sottoscritto in quattro copie a Ciampino il 20/12/1970.

*Per il C.T.S.A.
Il Comandante del C.T.S.A.
Gen. D.A. LIATTI Renato*

*Per il C.N.S.A.
Il Rappresentante del C.A.I. presso il Comitato studi e coordinamento S.A.R. geom. ALLETTI Franco*

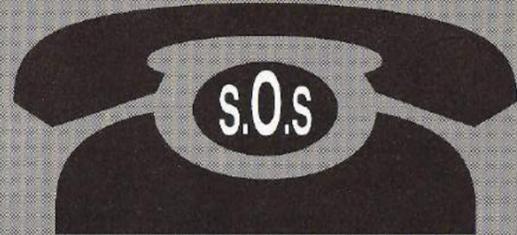
nota
(1) Attualmente il C.T.S.A. è stato soppresso ed i compiti e le attribuzioni relativi vengono espletati dal Comando 2a R.A.

n.d.r.
- La Convenzione ha tutt'ora validità operativa.
- Le modalità assicurative previste dall'art. 16 sono state modificate nel 1987 dal Ministero della difesa su richiesta del C.N.S.A.S.



Montagna Sicura





070/286.200

SOCCORSO ALPINO E SPELEOLOGICO DELLA SARDEGNA

<p>NORME PER LA CHIAMATA: È fatto obbligo a chiunque intercetti una richiesta di soccorso, avvertire la stazione più vicina, attemperando quanto segue: dare le proprie generalità - il luogo da dove si chiama e il numero telefonico - il luogo, il tipo e la gravità dell'incidente - il numero di persone coinvolte. Restare sul posto a disposizione della squadra di soccorso.</p>	<p>INDICATIONS POUR L'APPEL DE SECOURS: Quiconque intercepte un appel de secours est des l'obligation d'avertir la station de secours la plus proche en donnant les indications suivantes: son identité - le lieu et le numéro de téléphone d'où il appelle - le lieu, le genre et la gravité de l'accident - le nombre de personnes impliquées dans l'accident - Restez sur le lieu de l'accident à disposition de l'équipe de secours.</p>
<p>INSTRUCTIONS FOR THE CALL: It is obligatory for anyone who intercepts a call for help to inform the nearest first-aid station, giving the following details: identifying himself - the place from where he's calling with the relevant telephone number - the place, the type and the seriousness of the accident - the number of persons involved. Remain on the spot at disposal of the first-aid squad.</p>	<p>NORMEN FUER DEN HILFERUF: Jeder, der einen Hilferuf abhört, ist verpflichtet die nächste Hilfestation mit Angabe folgender Mitteilungen zu versichern: Personalangaben - Ort und Telefonnummer von wo angerufen wird - Unfallstelle, Art und Schwere des Unfalls - Anzahl der mitbetroffenen Personen. Den Ort darf nicht verlassen werden, sodass man der Rettungsmannschaft zur Verfügung steht.</p>

MINISTERO DELLA SANITÀ

Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza";

Visto il decreto del Ministro della Sanità 15 maggio 1992, recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza";

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto, in particolare, l'art. 1, comma 7, del citato decreto legislativo che prevede l'elaborazione di apposite linee guida per l'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1994 di approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, recante i livelli di assistenza da assicurare, in condizioni di uniformità, a tutti i cittadini;

Visto, in particolare, il capitolo 4, paragrafo B, del Piano sanitario nazionale che individua tra le priorità di intervento del Servizio sanitario nazionale l'attivazione e l'organizzazione delle strutture e delle attività di emergenza;

Ritenuta l'opportunità di definire criteri ed indirizzi uniformi sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza, tenendo conto della recente evoluzione legislativa nonché dell'esperienza fin qui maturata da numerose regioni;

Visto l'art. 12, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241;

Lo Stato, nella persona del Ministro della Sanità, e le regioni, nella persona del presidente della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome, nel corso della seduta dell'11 aprile 1996 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Adottano la seguente intesa:

Sono approvate le linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA

LINEE DI GUIDA N. 1/1996 (in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992)

Obiettivi.

Il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 marzo 1992, n. 76, individua le condizioni per assicurare queste attività uniformemente su tutto il territorio nazionale, attraverso un complesso di servizi e prestazioni di urgenza ed emergenza, adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, con il coordinamento della Centrale operativa.

Questo documento si propone di fornire indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza, tenendo conto della recente evoluzione legislativa nonché dell'esperienza fin qui maturata da numerose regioni.

L'attribuzione alle regioni di maggiori competenze e responsabilità nell'ambito della pianificazione e dell'organizzazione dei servizi sanitari, l'avvio delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le nuove modalità di gestione e la riorganizzazione della rete ospedaliera, impongono, anche nel sistema dell'emergenza, una rivalutazione critica dei risultati sin qui raggiunti ed un aggiornamento degli indirizzi organizzativi, in coerenza con le indicazioni dei decreti legislativi n. 502/1992 e successivi modifiche ed integrazioni, con il Piano sanitario nazionale 1994-1996 e con quanto previsto nella legge n. 546 del 28 dicembre 1995, all'art. 2, comma 5. In questo contesto, devono, inoltre, essere considerate l'attuale disomogeneità dell'articolazione della rete ospedaliera sul territorio nazionale e le differenze nello stato di attuazione del riordino previsto dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Obiettivo generale della riorganizzazione della rete ospedaliera di adeguare il numero di posti letto attualmente esistenti ai parametri previsti dalla normativa vigente e di ricondurre gli ospedali per acuti alle funzioni proprie, con una più precisa definizione ed una netta separazione della funzione di assistenza a lungo termine intra ed extra ospedaliera. Questo processo, che comporterà una concentrazione in un numero minore di sedi delle attività di assistenza ospedaliera per acuti, dovrà necessariamente accompagnarsi all'istituzione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza postacuzie in ambito ospedaliero, secondo i parametri previsti dalla legge n. 537/1993 (1 posto letto/1000 abitanti). Pertanto, se da un lato appare indispensabile garantire una costante riqualificazione degli ospedali per acuti, dall'altro vi è

la necessità di prevedere un nuovo assetto organizzativo per i servizi extraospedalieri. In questo contesto si pone il problema delle strutture ospedaliere riconvertite o da riconvertire in altre funzioni sanitarie.

La riorganizzazione della rete ospedaliera rappresenta il contesto ed il punto di riferimento della pianificazione dell'articolazione territoriale del sistema di servizi per l'emergenza-urgenza, che comporta altresì una definizione delle funzioni dei servizi territoriali, compreso il servizio di guardia medica, e dei suoi rapporti con la struttura ospedaliera.

Le regioni e le province autonome, tenendo conto delle indicazioni fornite con il presente documento promuovono, nell'ambito dei propri programmi di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di emergenza-urgenza, tutte le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi concordati, finalizzati al miglioramento qualitativo e ad una maggiore omogeneità funzionale dei servizi, su base nazionale.

Organizzazione del sistema di emergenza.

Il sistema sanitario per l'emergenza-urgenza è costituito da:

1. un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve e universale in collegamento con le centrali operative;
2. un sistema territoriale di soccorso;
3. una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionamento differenziati e gerarchicamente organizzate.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli di operatività:

1. punti di primo intervento;
2. pronto soccorso ospedaliero;
3. dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di primo livello;
4. dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione di secondo livello.

L'attivazione della centrale operativa, la sua organizzazione funzionale, il suo raccordo con le strutture territoriali ed ospedaliere, con i mezzi di soccorso, con le altre centrali operative e con le istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta dell'emergenza, costituiscono, insieme all'attivazione dei dipartimenti ospedalieri di emergenza-urgenza ed accettazione, il fulcro per l'organizzazione del sistema. In particolare la centrale operativa deve essere collegata con le altre centrali provinciali e sovraprovinciali, con gli altri servizi pubblici deputati all'emergenza (Vigili del fuoco, Carabinieri, Prefettura, Polizia, etc.) e con le associazioni di volontariato.

Le regioni, nel procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera:

- predispongono il Piano regionale per l'emergenza, identificando le differenti esigenze delle aree territoriali regionali con particolare riguardo agli insegnamenti abitativi, produttivi, alle infrastrutture, alle attività lavorative, ai flussi di traffico e turistici ed alle attività sportive;
- individuano le sedi idonee di Pronto soccorso ospedaliero, organizzando i

dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione negli ospedali idonei a svolgere le funzioni, secondo le indicazioni del presente documento;

- procedono alla riorganizzazione e al potenziamento dei posti letto delle unità operative di rianimazione e terapia intensiva e delle altre terapie intensive specializzate (UTIC, terapia intensiva neonatale, centri ustione, etc.). I posti letto di terapia intensiva, attualmente stimabili complessivamente attorno allo 1,5% del totale dei posti letto disponibili, dovrebbero raggiungere gradualmente il parametro tendenziale del 3% dei posti letto totali, garantendo una articolazione in due livelli, come previsto dal Piano sanitario nazionale, così da assicurare la presenza di posti letto di terapia subintensiva in numero almeno pari a quelli di terapia intensiva. Questo incremento e la relativa organizzazione permettono di affrontare in modo adeguato non solo i problemi legati all'emergenza ed urgenza, ma anche quelli derivanti dalle attività chirurgiche e di prelievo e trapianto di organi.

Questi interventi di riorganizzazione sono effettuati nelle sedi ritenute idonee e, nei diversi ambiti territoriali, privilegiando quelle che garantiscono il minor tempo medio di accesso ai pazienti del bacino di utenza interessato.

A questo scopo, le regioni possono prevedere la istituzione di un Comitato regionale sanitario per l'emergenza, con compiti di programmazione ed indirizzo delle attività svolte nel sistema di emergenza. In particolare:

- collabora alla definizione del piano regionale per le emergenze;
- predispone il piano per le maxi-emergenze, coordinandosi in particolare con il Dipartimento della protezione civile;
- definisce tipologia e dislocazione sul territorio dei mezzi di soccorso;
- elabora protocolli operativi per il coordinamento degli interventi tra le strutture centrali e periferiche;
- formula proposte per la formazione e l'aggiornamento degli operatori utilizzati nel sistema dell'emergenza-urgenza;
- promuove attività di verifica e valutazione del sistema regionale dell'emergenza-urgenza.

Il Comitato regionale sanitario per l'emergenza, presieduto dall'assessore regionale alla sanità, ovvero da persona da questi delegata, potrebbe essere preferibilmente composto da:

1. il/la responsabili dei DEA di secondo livello;
2. i direttori sanitari delle aziende ospedaliere e degli ospedali di rilievo nazionale;
3. una rappresentanza dei responsabili delle centrali operative;
4. un rappresentante della Croce rossa italiana;
5. un rappresentante delle associazioni di volontariato operanti nel sistema di emergenza in regime convenzionale;
6. altre figure responsabili di servizi di particolare rilevanza nell'area territoriale di pertinenza;

7. un rappresentante del Comitato regionale di Protezione civile.

Centrale operativa.

Alla Centrale operativa fanno capo tutte le richieste telefoniche di urgenza ed emergenza convogliate attraverso il numero unico 118, che a regime dovrà sostituire tutti i precedenti numeri di soccorso sanitario. Compito della Centrale operativa è di garantire il coordinamento di tutti gli interventi nell'ambito territoriale di riferimento e di attivare la risposta ospedaliera, 24 ore su 24. Il sistema di emergenza-urgenza afferente ad una Centrale operativa è stato finora organizzato di norma, anche se non obbligatoriamente, su base provinciale. L'esperienza maturata negli anni ha dimostrato che, per province di dimensioni ridotte, risulta più funzionale l'istituzione di Centrali operative sovraprovinciali o addirittura regionali. È in ogni caso opportuna una collocazione all'interno dell'area ospedaliera sede di DEA di secondo livello.

Le regioni, tenendo conto delle indicazioni contenute nel presente documento, stabiliscono le modalità per il coordinamento delle varie Centrali operative istituite a livello regionale o sovraprovinciale.

Funzioni della centrale operativa.

Le funzioni fondamentali della Centrale operativa comprendono:

- ricezione delle richieste di soccorso;
- valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
- attivazione e coordinamento dell'intervento stesso.

Per poter assolvere a questi compiti la Centrale operativa deve essere a conoscenza della dislocazione e della tipologia dei mezzi di disponibilità sul territorio, delle postazioni di guardia medica, della disponibilità dei posti letto del DEA, con particolare riferimento a quelli relativi alle Unità operative di terapia intensiva generale e specialistica, quali quelle di cardiocirurgia, centro ustioni, neurochirurgia, chirurgia toracica e vascolare e terapia intensiva neonatale.

La Centrale operativa deve, inoltre, essere a conoscenza della disponibilità dei posti letto di terapia intensiva e di alta specialità, di cui al decreto ministeriale 29 gennaio 1992, anche se collocati al di fuori del proprio ambito territoriale.

A tal fine deve essere garantito un sistema di collegamento tra la Centrale operativa e:

- le altre centrali operative regionali;
- le postazioni dei mezzi di soccorso ed i mezzi stessi;
- le postazioni di guardia medica;
- i punti di primo intervento;
- le componenti ospedaliere deputate all'emergenza del proprio territorio.

La Centrale operativa deve poter definire, con la massima precisione possibile in grado di criticità e complessità dell'evento accaduto, e, conseguentemente, attivare l'intervento più idoneo utilizzando tutte le risorse a disposizione.

In particolare, i compiti della Centrale operativa prevedono di:

- fornire i consigli più appropriati, eventualmente indirizzando il paziente al proprio medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta (nelle ore diurne, per patologie che non rivestono caratteristiche di emergenza né di urgenza) o ai servizi di guardia medica territoriale, non inserite nel sistema di emergenza-urgenza, oppure ai punti di primo soccorso territoriale, indicandone l'ubicazione;
- coinvolgere la guardia medica territoriale, non inserita nel sistema di emergenza-urgenza;
- inviare mezzi di soccorso con o senza medico a bordo, organizzando l'eventuale trasporto in struttura idonea, precedentemente allertata.

Alla Centrale operativa possono essere attribuite anche le seguenti funzioni:

- l'attività di trasporto urgente di sangue;
- l'attività connessa ai trapianti e prelievi d'organo.

Nel caso di Centrali operative con bacino di utenza sovraprovinciale o regionale, sembra opportuno istituire delle centrali o unità di gestione mezzi per la gestione dei trasporti secondari assistiti.

Alla Centrale operativa sono affidati, inoltre, il coordinamento delle competenze mediche di appoggio, in particolare del personale di guardia medica addetto all'emergenza, la formazione e l'aggiornamento del personale operante in Centrale.

Per il corretto espletamento dell'attività della Centrale operativa, devono essere stabiliti protocolli operativi interni, che dovranno essere resi noti alle diverse istituzioni coinvolte nel sistema dell'emergenza-urgenza.

I protocolli di valutazione di criticità dell'evento devono utilizzare codifiche e terminologie standard non suscettibili di ambiguità interpretative e devono essere sottoposti a periodica valutazione e revisione. Tali protocolli, quale il Sistema di Dispatch, sperimentato e riconosciuto a livello internazionale, dovranno essere concordati a livello regionale dai coordinatori delle varie Centrali, con l'obiettivo di rendere omogenea la risposta all'emergenza sul territorio nazionale e periodica-

un mondo di sport

Presentandosi presso i nostri punti vendita con questa rivista avrete diritto ad usufruire di queste offerte esclusive.

TENDE

mod. Storm
L. 319.000

OCCHIALI

D'ALPINISMO
Julbò mod. Mont
Blanc
L. 78.000

SCIALPINISMO

'95
Fischer mod. Ultra
Air Tour
L. 159.000

BASTONCINI TELESCOPICI

M8848 mod. Punta
Vidiam
L. 49.000

ZAINI

Salewa mod. Tramp
Plus 50
L. 89.000



BARZANÒ
Via Garibaldi, 121
Tel. 039/957322

CINISELLO
Viale Fulvio Testi
Tel. 02/26227461

BERGAMO
AZZANO S. PAOLO
Centro Comm.
S. Paolo
Tel. 035/539211

ERBA
Centro Comm.
I Laghi
Tel. 031/611022

CANTÙ
Centro Comm.
Mirabello
Tel. 031/734791

LISSONE
Via Nuova Valassina, 86
Tel. 039/483950

INTERNET

<http://www.longonisport.com>

CORDE

Mammut mod. Plus
9 mm. 50 mt.
L. 139.000

MOSCHETTONI

Petzl mod. Spirit
L. 35.000

IMBRAGATURE

Petzl mod. Choucas
L. 99.000

Petzl mod. 8003
nera L. 76.000

CASCHI ROCCIA

Salewa mod. Fitz
Roy L. 32.000
mod. Ecrin Roc

RAMPONI

Ande mod. Light 12
punte attacco
rapido
L. 79.000

mente aggiornati, tenendo conto della evoluzione scientifica e tecnologica e delle eventuali linee di guida elaborate dalle Società scientifiche.

Tutti i protocolli di cui sopra saranno oggetto di valutazione ai fini del rispetto dei requisiti minimi di cui al D. Lgs. n. 502/95 e successive modificazioni ed integrazioni.

Risorse tecnologiche.

La Centrale operativa dovrà essere dotata di apparato di telefonia, sistema informatico e sistema di radiocollegamenti.

Sistema di telefonia.

La rete telefonica della Centrale operativa prevede una serie di collegamenti che consentono di:

- «captive» la chiamata effettuata dai normali apparecchi telefonici e «instrararla» verso le linee 118;

- utilizzare la rete telefonica in RFD o ISND per le comunicazioni con le strutture sanitarie della guardia medica;

- utilizzare linee telefoniche dedicate, per le comunicazioni con i DEA e gli altri servizi pubblici deputati alle emergenze (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Prefettura, Polizia, etc.).

Sistema informativo.

La Centrale operativa dovrà essere dotata di un sistema informativo che permetta di disporre di dati aggiornati e tempestivi relativamente agli ospedali di riferimento, alla dislocazione dei punti di primo intervento, delle postazioni di guardia medica e dei mezzi disponibili, nonché di informazioni relative alle località sedi dell'evento (riferimenti cartografici e di viabilità, etc.), utili alla gestione dell'intervento.

Tale sistema deve, inoltre, permettere la rilevazione delle attività svolte, anche ai fini di valutarne la qualità e l'appropriatezza rispetto ai problemi affrontati, onde consentire interventi correttivi.

Appare indispensabile che venga assicurata la compatibilità tra le diverse reti regionali, anche per consentire la gestione integrata delle attività di emergenza su base sovraprovinciale. A tale proposito dovrebbe essere costituito, in sede di Conferenza Stato-regioni, un gruppo di lavoro per la verifica delle condizioni per il raggiungimento di tale compatibilità.

Sistema di radiocollegamenti.

La rete di radiofonia deve prevedere collegamenti tra:

- le varie Centrali operative;
- Centrali operative, unità di gestione dei mezzi e gli stessi mezzi mobili di soccorso. A questo proposito, è in corso la pianificazione delle 30 coppie di frequenze, canalizzate 12,5 KHz, ricadenti sulla banda 450 Mhz (banda UHF) assegnate dal Ministero delle poste e telecomunicazioni al SSN.

A tale riguardo le radiofrequenze si fa riferimento al documento elaborato dalla Facoltà di ingegneria dell'Università degli studi di Roma «La Sapienza» sui criteri per la pianificazione ed armonizzazione delle 30 coppie di frequenze su tutto il territorio nazionale, in funzione delle esigenze di traffico e coperture radio delle singole regioni. La scelta del sistema unico nazionale sarà rimandata ad un successivo atto ministeriale.

Personale della Centrale operativa.

La scelta del personale e l'attribuzione delle funzioni devono essere compatibili con le indicazioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 (art. 4): A tale fine il personale medico è costituito da:

Responsabile della Centrale operativa.

Il responsabile della Centrale operativa deve possedere la qualifica di dirigente medico di primo livello, o di secondo livello, preferibilmente anestesista, con comprovata esperienza nell'area dell'emergenza sanitaria, così come è stato indicato nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Al responsabile della Centrale operativa compete l'organizzazione generale per quanto attiene la definizione degli aspetti tecnici che regolano i rapporti con le altre strutture di emergenza non sanitaria e con gli enti convenzionati; la definizione dei protocolli operativi interni; la definizione e la conduzione di programmi per la verifica e la promozione della qualità dell'assistenza prestata; la gestione del personale della Centrale, inclusa la guardia medica addetta all'emergenza; il coordinamento operativo dei mezzi e la definizione di linee di indirizzo per la formazione e l'aggiornamento dello stesso. Il responsabile della Centrale operativa promuove, inoltre, la collaborazione con la guardia medica territoriale e con le altre figure professionali interessate all'emergenza.

Si ritiene che il responsabile medico della centrale, qualora abbia la qualifica di secondo livello, non possa essere contemporaneamente responsabile di una unità operativa.

Personale medico.

I medici assegnati alla Centrale si distinguono in:

1) Medici dipendenti, fissi o a rotazione, provenienti dai vari settori afferenti all'area dell'emergenza, assegnati alla centrale operativa dopo un appropriato periodo di formazione sull'emergenza sanitaria.
2) Medici di guardia medica, titolari, che abbiano frequentato l'apposito corso regionale ai sensi dell'art. 22 comma 5 del decreto del Presidente della Repubblica n. 41/1991 ed i successivi programmi di formazione permanente.

Nell'ambito della programmazione regionale, qualora non risulti sufficiente il personale di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati anche i medici di guardia medica, non titolari, che operano nei servizi di emergenza alla data di pubblicazione delle presenti linee guida, purché in possesso dei requisiti di cui al comma precedente.

I medici di guardia medica non in possesso dei requisiti sopra menzionati, e quindi non utilizzati nella Centrale operativa, continuano a svolgere le funzioni previste dagli accordi convenzionali.

Operativamente, tenendo conto della disponibilità del personale medico, è possibile distinguere i medici assegnati alla Centrale in:

1) medici addetti alla Centrale operativa;
2) medici addetti all'emergenza territoriale.

I medici assegnati alla C.O. svolgono opera di supervisione dell'attività del personale infermieristico della centrale per garantire la corretta risposta alle richieste di soccorso, mentre i medici addetti all'emergenza territoriale svolgono compiti assistenziali in ambito extraospedaliero. In particolare, per ammalati ad alto grado di criticità, i medici addetti all'emergenza territoriale operano la scelta dell'ospedale di destinazione, nel rispetto dei protocolli concordati tra il responsabile della Centrale operativa ed i responsabili dei DEA.

Nel caso in cui nell'organizzazione regionale non sia previsto il medico addetto alla Centrale operativa, le funzioni di supervisione sono garantite dal medico di guardia dell'Unità operativa di pronto soccorso del DEA di riferimento.

Le regioni, al fine di consentire il necessario scambio di informazioni tra Centrale operativa, sistema territoriale e rete ospedaliera, promuovono un più diretto coinvolgimento dei medici di medicina generale, di guardia medica e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione dell'intervento sanitario in emergenza e urgenza a livello extraospedaliero. Per il raggiungimento di questo obiettivo, previsto dalle convenzioni per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta, è opportuno prevedere che una parte dell'aggiornamento obbligatorio sia dedicato all'emergenza e che venga svolto in collaborazione con i responsabili delle Centrali operative.

Personale infermieristico.

È composto da infermieri professionali con esperienza nell'area critica, o che abbiano seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza. Al personale infermieristico è attribuita responsabilità nell'ambito dei protocolli della Centrale e svolge funzioni di ricezione, registrazione e selezione delle chiamate, determinazione dell'apparente criticità dell'evento segnalato, codificazione delle chiamate e delle risposte secondo il sistema delle codifiche definito dal decreto del Ministro della sanità del 15 maggio 1992. Contestualmente, nelle situazioni critiche, consultano il medico assegnato alla centrale, e gli forniscono gli elementi necessari ad assumere le decisioni negli interventi complessi, mantenendo i collegamenti con il personale di bordo dei mezzi di soccorso.

L'organico del personale infermieristico deve essere costituito da unità in parte fisse ed in parte soggette a rotazione nell'ambito del DEA.

Altro personale.

La Centrale operativa può avvalersi anche di personale appartenente alle associazioni di volontariato, ai sensi del comma 3 dell'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, che stabilisce che, ai fini dell'attività di soccorso, le regioni e le province autonome, possono avvalersi del concorso di enti e di associazioni pubbliche e private, in possesso dell'apposita autorizzazione sanitaria sulla base dello schema di convenzione già definito dalla Conferenza Stato-regioni e approvato nella seduta del 25 marzo 1993.

Aggiornamento e formazione del personale.

I programmi di aggiornamento e formazione del personale medico dipendenti dal SSN, della guardia medica addetta all'emergenza e del personale medico eventualmente messo a disposizione dalle associazioni ed enti del volontariato, nonché del personale infermieristico nella Centrale, sono definiti dal responsabile della Centrale operativa, in accordo

con il responsabile del dipartimento di emergenza, urgenza ed accettazione (ovvero con il referente nominato dai responsabili dei vari DEA, se in più d'uno presenti).

Tali programmi dovranno essere riferiti in particolare, alle seguenti aree:

1) attività clinico-assistenziale relativa all'emergenza-urgenza, con particolare riferimento alla preparazione in tema di primo soccorso di base, soccorso vitale avanzato, soccorso vitale avanzato traumatico e pediatrico;
2) utilizzo di linee guida e protocolli elaborati dalla Centrale operativa per la gestione dell'emergenza-urgenza;
3) coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti alle emergenze;
4) utilizzo degli specifici strumenti informatici, di fonìa, radiocomunicazione ed orografici;
5) modalità di rapporto con l'utenza, soprattutto nei casi ad alta criticità.

Al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione ed aggiornamento si rimanda ad un ulteriore documento che verrà successivamente predisposto. Ove la Centrale operativa non fosse attivata, i programmi di formazione previsti ed i livelli di preparazione raggiunti, sono verificati ed attestati dal Direttore sanitario dell'azienda unità sanitaria locale o azienda ospedaliera di competenza. Tale verifica deve essere periodicamente ripetuta al fine di controllare il mantenimento del livello di preparazione teorico-pratica. Al fine di contribuire alla corretta, tempestiva ed efficace utilizzazione del sistema di emergenza sanitaria si ritiene inoltre opportuno avviare programmi per l'educazione alla salute dei cittadini anche mediante attività di informazione attraverso i mezzi di comunicazione di massa.

Sistema territoriale.

Mezzi di soccorso.

Fermo restando quanto previsto dal decreto ministeriale n. 553 del 17 dicembre 1987 relativo alla tipologia dei mezzi di soccorso (ambulanze di tipo A e B), ed in attesa della determinazione degli standard relativi alla dotazione ed al tipo dei mezzi di soccorso e dei requisiti professionali del personale di bordo, così come previsto dal comma 2 dell'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, si ritiene opportuno individuare le seguenti modalità di risposta, al fine di differenziare il livello di intervento in base alla tipologia di richiesta, tenendo anche conto del personale e dei mezzi a disposizione:

1) ambulanza di soccorso di base e di trasporto (tipo B ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo dal cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore e da un infermiere (o soccorritore/volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza;
2) ambulanza di soccorso, e di soccorso avanzato (tipo A ex decreto ministeriale n. 553/1987): automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore (ove possibile in grado di partecipare ad un intervento di emergenza sanitaria) ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile della Centrale operativa.

La eventuale presenza del medico nelle ambulanze dislocate nei punti di primo intervento, è stabilita dalla programmazione regionale;

3) automezzo di soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico a bordo, per il trasporto delle tecnologie necessarie al supporto vitale, condotto da una delle due figure citate. Il personale medico impegnato è indicato fra i medici assegnati alla Centrale operativa;

4) centro mobile di rianimazione (o di terapia intensiva): ambulanza attrezzata come piccolo reparto ospedaliero mobile, in cui sono previsti di norma due infermieri professionali ed un medico anestesista-rianimatore, oltre all'autista soccorritore;

5) eliambulanza: mezzo di norma integrato delle altre forme di soccorso. Il coordinamento del servizio di elisoccorso con il sistema dell'emergenza-urgenza è assicurato dalla Centrale operativa. La dotazione di personale sanitaria è composta da un anestesista rianimatore e da un infermiere professionale con documentata esperienza e formazione, o da altro personale qualificato in particolari sedi operative da stabilire in sede regionale.

L'ubicazione della base eliportuale deve tenere conto della dislocazione degli ospedali afferenti al sistema dell'emergenza, dell'orografia, della meteorologia, dei nodi stradali, degli agglomerati urbani ed industriali.

Il responsabile della Centrale operativa, nell'ambito delle indicazioni regionali, definisce il numero e tipo dei mezzi di soccorso necessari per l'organizzazione del sistema, considerando che i mezzi di soccorso ai punti 3, 4 e 5 possono essere utilizzati efficacemente, in modo subordinato alla presenza delle ambulanze di tipo A e B. Le sedi di postazione dei mezzi di soccorso sono identificate nel rispetto dei tempi di percorrenza previsti, sentiti i Direttori sanitari delle aziende

unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere presenti nel territorio di competenza, nonché i responsabili delle associazioni ed enti del volontariato.

Periodicamente deve essere effettuata la verifica dei criteri di funzionalità ed operatività dei mezzi di soccorso, nonché da loro rispondenza ai requisiti stabiliti.

Modalità di risposta all'emergenza-urgenza.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli che comprendono:

- i punti di primo intervento;
- i pronto soccorso ospedalieri;
- i dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazioni di primo livello;
- i dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazioni di secondo livello.

1) Punti di «Primo intervento».

Presso i punti di primo intervento è possibile effettuare il primo intervento medico in caso di problemi minori, stabilizzare il paziente in fase critica e/o attivare il trasporto presso l'ospedale più idoneo.

Essi sono costituiti da:

a) punti di primo intervento, fissi o mobili, organizzati per esigenze stagionali in località turistiche e in occasioni di manifestazioni di massa, sportive e culturali, religiose, etc.;

b) presidi delle aziende unità sanitarie locali, che dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dall'art. 4, comma 10 del D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, rientrano fra i servizi di pronto soccorso definiti dai Piani sanitari regionali.

L'orario delle attività di tali servizi è fissato articolato nell'arco delle 12/24 ore giornaliere, secondo esigenze locali.

2) Pronto soccorso ospedaliero.

I servizi di pronto soccorso e di accettazione svolgono:

1. attività di accettazione per i casi elettivi e programmati;
2. attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza;
3. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza differibile;
4. attività di accettazione di soggetti in condizioni di urgenza indifferibile;
5. attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza.

Nell'ambito di queste attività, le situazioni che richiedono interventi sanitari indifferibili nell'ambito delle emergenze e urgenze, sono stimate tra il 2 e il 5%.

Presso tali servizi dovranno essere assicurati gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Nei casi necessari saranno garantiti gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale operativa. Le strutture sede di un servizio con funzioni di pronto soccorso/accettazione, tenendo anche conto del parere del Consiglio Superiore di Sanità del 12 febbraio 1992, saranno organizzate secondo le indicazioni della programmazione ospedaliera regionale.

Il personale medico operante nel Servizio può essere previsto anche a rotazione dai reparti, mentre quello infermieristico deve essere preferibilmente dedicato. Tale personale dovrà essere adeguatamente formato per garantire la funzionalità del servizio.

Per quanto riguarda la responsabilità dei servizi di pronto soccorso si fa riferimento a quanto riportato nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, articolo 7, comma 2.

3) Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di primo livello.

Il DEA rappresenta una aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa, a differenza dei dipartimenti tipici, costituiti da unità operative aggregate fisicamente, il dipartimento di emergenza ed accettazione comprende unità che fanno parte esclusivamente del DEA (servizi di accettazione e pronto soccorso, l'unità di osservazione e breve degenza, l'unità operativa di rianimazione con moduli di terapia intensiva e subintensiva, nonché le unità operative di medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale) e unità che appartengono ad altri dipartimenti ed entrano a fare parte della «funzione emergenza» attraverso la condivisione di modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli, che dovranno essere adottati da tutte le unità operative individuate come operanti nell'ambito del DEA.

Sono obiettivi del DEA:
a) assicurare adeguati livelli di assistenza fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico-terapeutici, opportunamente verificati ed aggiornati;
b) assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con gli altri ospedali sede di DEA e di pronto soccorso, situati nel territorio di riferimento;

c) organizzare e gestire un sistema continuo e sistematico per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza e della appropriatezza della utilizzazione delle risorse assistenziali;

d) favorire, con opportuna programmazione, il più alto livello di aggiornamento del personale;

e) perseguire iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza;

f) contribuire alla educazione alla salute dei cittadini per un corretto uso del sistema delle emergenze sanitarie.

Il DEA di primo livello deve garantire le funzioni di pronto soccorso e accettazione, di osservazione e breve degenza, di rianimazione e, contemporaneamente, deve assicurare interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC. Partecipano a tali attività le Unità operative di medicina d'urgenza, ove previste dalla programmazione regionale. Sono, inoltre assicurate le prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini, e trasfusionali.

Presenze in guardia attiva per le 24 ore giornaliere devono essere assicurate nell'ambito delle discipline di medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC, e, di norma, ortopedia.

Per quanto riguarda l'ostetricia-ginecologia e la pediatria, considerati i dati epidemiologici e ferme restando le indicazioni di questo documento, gli interventi andranno comunque garantiti, anche attraverso dipartimenti interospedalieri o interaziendali.

Il Capo dipartimento è scelto tra i dirigenti di secondo livello responsabili di una delle Unità operative afferenti al DEA. Ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, tale incarico è rinnovabile ed aggiuntivo a quello di responsabile di unità operativa, ed attribuito per un periodo non inferiore a sei mesi, ma si ritiene che sia preferibilmente esteso a due anni.

Il regolamento del dipartimento dovrà definire le funzioni del Capo dipartimento, nonché le funzioni e la composizione del Comitato di dipartimento, secondo gli indirizzi stabiliti dalle successive linee guida che saranno emanate dal Ministero della sanità.

4) Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di secondo livello.

Vengono individuati come ospedali sede di DEA di secondo livello, i presidi in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite dal DEA primo livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia toracica, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

Altre componenti di particolare qualificazione, quali le unità per grandi ustionati, le unità spinali, ove rientranti nella programmazione regionale, devono essere collocati nei DEA di secondo livello, assicurando una equilibrata diffusione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle regioni, al fine di garantire modalità e tempi adeguati di intervento.

La programmazione regionale può individuare DEA di secondo livello specifici per particolari settori di attività, ad esempio nell'ambito della cardiocirurgia medico-chirurgica, la neurologia medico-chirurgica, assicurando la presenza di tutte le componenti necessarie all'intervento.

Deve essere in ogni caso perseguito un rapporto ottimale tra funzioni e bacino d'utenza.

Nell'ambito dei reparti di medicina d'urgenza, ove previsti dalla pianificazione regionale, possono essere individuati un numero di posti letto, da valutare secondo le situazioni locali, da destinare a soggetti in condizioni cliniche bisognose di assistenza e terapia intensiva ma non in condizioni tali da richiedere gli interventi propri delle unità di rianimazione.

I DEA di primo e secondo livello comprendono le funzioni svolte dalle Unità operative di pronto soccorso ed accettazione, osservazione e breve degenza, nonché di medicina d'urgenza, ove prevista dalla programmazione regionale. La responsabilità di tali funzioni è affidata ad un dirigente medico di secondo livello.

Unità spinali.

Il numero delle unità spinali, destinate ad affrontare i bisogni del soggetto mieloso dal momento dell'evento, dovrà essere stabilito in relazione ai dati epidemiologici disponibili a livello nazionale e regionali, ed in subordine, sulla base di evidenze internazionali.

L'unità spinale è da intendersi come un modello assistenziale ad alta specializzazione, espressamente destinato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento della persona mielosa, fin dal momento dell'evento lesivo, traumatico e non, che opera all'interno di una organizzazione dipartimentale, cui afferiscono unità operative che garantiscono la interdisciplinarietà degli interventi. L'unità spinale opera preferibilmente secondo il concetto di unipolarità, nell'ambito di un

singolo complesso ospedaliero sede di DEA di secondo livello, preferibilmente dotato di eliporto.

Eventuali modelli organizzativi differenti dovrebbero comunque prevedere uno stretto coordinamento fra le unità operative esistenti, per realizzare unitariamente gli obiettivi sopra indicati.

Nella organizzazione della risposta assistenziale ai soggetti mielolesi, è necessario tener conto anche delle craniolesioni, parte delle quali possono beneficiare di modelli organizzativi assistenziali dedicati. Anche in questo caso, infatti, è importante garantire sin dall'inizio l'unitarietà dell'intervento e un approccio multidisciplinare che riguardi tanto la fase precoce neurochirurgica quanto quella riabilitativa.

Su tale specifico problema sarà prodotto un ulteriore successivo allegato.

Altre particolari specialità, sia quelle già indicate nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992 sull'«elenco delle alte specialità», come, ad esempio, le attività dei centri ustionati, sia quelle non previste, come la microchirurgia e chirurgia della mano, ove rientranti nella programmazione regionale, vanno collocate nei DEA di secondo livello. Relativamente a questi argomenti saranno prodotti dei successivi documenti per una valutazione del numero dei centri presenti o da attivare affinché l'organizzazione di tali attività avvenga, ove necessario, con criteri interregionali.

Organizzazione logistica dei servizi di guardia medica territoriale.

Allo scopo di favorire e di incentivare il costituirsi di rapporti di collaborazione fra medici del Dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione, e rendere possibile uno scambio culturale oltreché le informazioni cliniche relative ai pazienti assistiti, appare opportuno che i presidi di guardia medica siano il più possibile accorpati o dislocati presso i Servizi di pronto soccorso o di primo intervento sanitario.

Questa soluzione faciliterebbe anche la possibilità di garantire la sicurezza del personale rispetto a possibili recenti episodi di violenza presso punti di guardia medica, eccessivamente decentrati e privi delle necessarie misure di sicurezza.

Organizzazione dell'emergenza pediatrica.

A) Ambito territoriale:
L'attività di primo intervento, non legato all'emergenza, deve essere assicu-

rata nelle fasce orarie diurne dal pediatra di libera scelta e, nelle aree carenti, dal medico di medicina generale, come previsto dall'Accordo collettivo nazionale. Nelle ore notturne, nei giorni festivi, e per quanto non contemplato nel citato Accordo collettivo nazionale, nel pomeriggio del sabato e dei prefestivi, andranno individuati i punti di pronto soccorso o di guardia pediatrica entro e/o extra-ospedalieri.

Differenti modalità organizzative, eventualmente individuate a livello locale, dovranno comunque tendere, nell'ambito delle attività del Dipartimento materno-infantile, al coinvolgimento dei pediatri operanti sul territorio.

B) Ambito ospedaliero:

Per quanto riguarda l'organizzazione di questo settore si fa riferimento agli articoli 1, 3 e 5 del decreto ministeriale sulle alte specialità del 29 gennaio 1992, nei quali sono elencate le attività di emergenza pediatrica. Esse debbono essere garantite presso istituzioni pediatriche a livello regionale od interregionale per bacini di utenza minimi nell'ordine di 8-10 milioni di abitanti.

Negli ospedali sede di DEA di primo e secondo livello, e, ove possibile, negli ospedali sede di pronto soccorso, il primo intervento per i pazienti in età evolutiva, salvo i casi che necessitano di rianimazione immediata, deve essere assicurato attraverso modalità operative che prevedono l'intervento di competenti professionalità ed in situazioni logisticamente idonee ed adeguatamente attrezzate.

Per alcune particolari patologie e per i casi più gravi, deve essere prevista la possibilità di invio del bambino a Centri in grado di fornire cure specialistiche per le più importanti urgenze pediatriche. A tale proposito va fatto riferimento a quanto riportato negli articoli 1, 3 e 5 del decreto ministeriale 29 gennaio 1992 «Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità». Tali strutture dovranno poter disporre di letti di rianimazione pediatrica con personale medico ed infermieristico specificamente preparato per l'emergenza pediatrica.

Anche per questo particolare settore è prevista la stesura di un allegato successivo che comprenda l'organizzazione dell'emergenza neonatale;

Maxi emergenze.

La corretta gestione degli eventi

complessi impone la collaborazione di tutte le strutture deputate all'emergenza sanitaria e non sanitaria, attraverso i collegamenti organizzati e diretti secondo precise linee di responsabilità prefissate.

Nel caso di eventi catastrofici nell'ambito territoriale di una sola Centrale operativa, il necessario raccordo tra il 118 e gli altri enti deputati ad intervenire (Vigili del fuoco, Polizia di Stato, Esercito, CRI, etc.) è garantito dal Comitato provinciale della protezione civile, mentre le funzioni di coordinamento dell'attività di soccorso, per quanto di competenza del Servizio sanitario nazionale, sono attribuite alla Centrale operativa stessa.

Per garantire l'efficacia degli interventi dovranno essere, inoltre, avviate attività di previsione che comprendono:

- a) l'archiviazione computerizzata dei dati delle risorse sanitarie nazionali sia pubbliche che private e del volontariato;
- b) la formazione costante e la verifica della professionalità degli operatori e dell'efficienza dei mezzi e delle strutture;
- c) la predisposizione degli strumenti amministrativi eccezionali da attivarsi al momento dell'emergenza.

Durante la fase di allarme e di emergenza, dovrà essere previsto l'intervento sul posto di unità di personale medico ed infermieristico, composte da un medico e due infermieri, che garantiscono anche i collegamenti con la Centrale operativa di riferimento.

Contemporaneamente, devono essere identificati, negli ospedali entrati in allarme, tutti i pazienti ricoverati dimissibili, al fine di poter censire i posti letto disponibili ad accogliere quanti potranno essere inviati dall'area del disastro.

Se la maxiemergenza coinvolge territori più ampi, il coordinamento degli interventi sanitari dovrebbe essere affidato alla Centrale regionale di riferimento, precedentemente individuata.

Nel caso di eventi che, per intensità ed estensione, devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari, gli interventi di soccorso e di assistenza alle popolazioni verranno coordinati dal Dipartimento della protezione civile (legge n. 225/1992).

Misure per l'organizzazione dell'emergenza interna degli ospedali.

Anche in relazione a quanto previsto dalla legge n. 626/1994, devono essere attivati all'interno di ogni azienda USL o azienda ospedaliera, specifici programmi di valutazione dei rischi e messe in atto

idonee misure di prevenzione e controllo, nonché di informazione e formazione sui possibili rischi per il personale e per gli utenti negli ambienti di lavoro.

A cura del personale del DEA devono essere predisposti piani di emergenza interna (antincendio, evacuazione, accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti, etc.) che specifichino anche il ruolo dell'ospedale e delle sue singole unità operative all'interno del Piano dell'emergenza regionale. Tale Piano deve essere portato a conoscenza del personale e degli utenti.

Funzioni di triage.

All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio.

La trasmissione delle informazioni relative ai pazienti eventualmente non identificabili sarà regolamentata da un apposito allegato.

Nel caso di non identificabilità di un paziente soccorso apposita comunicazione deve essere trasmessa alle Autorità competenti, individuate dalle prefetture, da parte della Centrale operativa nel caso di interventi extraospedalieri, e del medico di guardia del pronto soccorso nel caso di prestazioni fornite in ambito ospedaliero.

Funzioni di accettazione.

Le aziende USL e le aziende ospedaliere programmano:

- i ricoveri di elezione richiedendo che, all'atto dell'accettazione, il paziente abbia già effettuato preliminari accertamenti diagnostici;
- la diversificazione organizzativa e funzionale dell'attività di pronto soccorso per non ostacolare l'adeguata risposta al bisogno di emergenza-urgenza;
- l'organizzazione, in sedi appropriate e distinte rispetto agli ambienti destinati al pronto soccorso, delle attività di controllo clinico e di certificazione medico-legale conseguenti alle prestazioni di pronto soccorso;
- una migliore utilizzazione delle attività ambulatoriali e di day hospital per la dimissione protetta e per evitare il ricorso improprio al ricovero ospedaliero, ottemperando, nell'attuale fase di riorganizzazione della rete ospedaliera, a quan-

to previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1992, «atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali».

Dall'esame dei dati relativi alla scheda di dimissione ospedaliera circa le dimissioni dagli ospedali di 14 regioni italiane nel corso del 1994, si rileva che i ricoveri ordinari, in misura pari a circa il 22%, hanno una durata di degenza di 1 giorno.

Appare evidente che una parte sia da riferire a ricoveri in regime di day hospital, non ancora formalizzato secondo il decreto del Presidente della Repubblica del 20 ottobre 1992, ed una parte, invece, sia da riferire a ricoveri della durata di un solo giorno della degenza ordinaria: tali pazienti potrebbero essere accolti in unità di osservazione e breve degenza. Pertanto, nell'ambito delle attività di emergenza-urgenza, dovranno essere garantite quelle di osservazione e breve degenza con un dimensionamento delle relative unità operative e breve degenza con un dimensionamento delle relative unità operative che sia rapportato alle diverse situazioni locali, in particolare a quelle delle grandi aree urbane e metropolitane.

Le attività di accettazione dovranno essere svolte in modo da non ostacolare la tempestiva risposta alle situazioni di emergenza-urgenza, attraverso la diversificazione organizzativa e funzionale dell'attività di accettazione dei ricoveri programmati, dall'attività di pronto soccorso e l'organizzazione, in sedi appropriate e distinte rispetto agli ambienti destinati al pronto soccorso, delle attività di controllo clinico e di certificazione medico-legale, conseguenti alle prestazioni di pronto soccorso.

L'attività di accettazione dovrà essere volta a garantire la appropriatezza del ricovero ospedaliero in regime di degenza ordinaria, attraverso una ampia utilizzazione delle modalità di assistenza ambulatoriale, di day hospital e, dove attuata, da day surgery.

Roma, 11 aprile 1996

Il Ministro della sanità
GUZZANTI

Il presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome
BADALONI

LA SICUREZZA PRIMA DI TUTTO

SEMPRE.

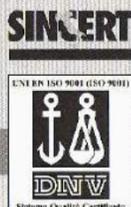
LOCALIZZATORE ELETTRONICO DISPERSI IN VALANGA 457 KHz

Le Guide Alpine, gli Istruttori di sci alpinismo del CAI ed i loro allievi, le Truppe Alpine, i maggiori esperti di soccorso alpino e molti professionisti della neve usano lo SNOW BIP II. Fai come loro! Allenati ad usarlo e, quando c'è neve, accendilo e portalo sempre con te ben legato al corpo con il pratico sistema di fissaggio.

- ♦ Monofrequenza alta 457 kHz riconosciuta da CISA-IKAR e UIAA
- ♦ Elevata portata massima: fino a 120 metri
- ♦ Robustezza ed assoluta tenuta stagna
- ♦ Doppia possibilità di ascolto: altoparlante ed auricolare
- ♦ Assoluta precisione di rilevamento: in un raggio di 30 cm sulla verticale di un apparecchio trasmittente posto a 2 metri di profondità



SNOW BIP II SI TROVA SOLO NEI MIGLIORI NEGOZI SPECIALIZZATI



Per informazioni: FITRE S.p.A. - Div. DSI - telefono 02/8959.0318 - telefax 02/8959.0400