



PIANO DI COORDINAMENTO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE SANITARIE

Anno 2024

**Documento elaborato dal Gruppo di Coordinamento per la gestione dell'emergenze sanitarie
8 Novembre 2021
Aggiornamento 10 Giugno 2024**

1. PREMESSA

Il presente Piano per il coordinamento e la gestione delle emergenze sanitarie è stato elaborato dal *Gruppo di Coordinamento per le emergenze sanitarie istituito con Delibera di Congresso di Stato (Delibera n.22 del 14 Marzo 2022)*.

Il Piano, che recepisce le indicazioni dell'OMS e del Regolamento Internazionale sanitario (IHR 2005), prevede una parte generale sulle emergenze sanitarie e Piani specifici in allegato per ogni tipologia di emergenza, come ad esempio una pandemia, catastrofi naturali o inquinamento con sostanze chimiche o fisiche.

Il Piano ha lo scopo di definire la catena di comando e il coordinamento delle attività per garantire un'adeguata gestione di un'eventuale emergenza sanitaria in tempi rapidi.

Il presente Piano è suscettibile di periodiche revisioni, o di integrazioni attraverso ulteriori atti formali da parte del "Gruppo di coordinamento per le emergenze sanitarie" in accordo con le Segreterie di Stato coinvolte e sulla base di eventuali evoluzioni scientifiche e di nuove indicazioni dell'OMS.

Inoltre, considerando le ricadute che un rischio sanitario determina sui diversi settori della vita sociale, le misure sanitarie vanno armonizzate con quelle intraprese da altri soggetti istituzionali non sanitari, con particolare riguardo alla Protezione Civile.

La Segreteria di Stato per la Sanità, con il supporto del Gruppo di Coordinamento, si impegna a concordare con le altre Segreterie di Stato coinvolte e con la Protezione Civile le attività extra-sanitarie necessarie per la preparazione e la risposta all'emergenza sanitaria nonché gli aspetti etici e legali, ivi compresi gli eventuali accordi che si dovessero rendere necessari con gli Organismi Internazionali, con l'Unione Europea e con altri Paesi.

In coerenza con gli obiettivi del presente Piano, la Segreteria di Stato per la Sanità, con il supporto dell'Authority sanitaria, si fa carico di mantenere stretti rapporti con gli Organismi Internazionali di riferimento per le problematiche di carattere sanitario.

2. INTRODUZIONE

Un'emergenza sanitaria può essere definita come un evento improvviso ed inatteso, naturale o provocato dall'uomo, che può comportare un rischio grave per la salute pubblica e un numero tale di pazienti che rende difficile le capacità di risposta del sistema sanitario o sociale di riferimento, con particolare riguardo allo squilibrio tra numero di pazienti e le risorse disponibili, indipendentemente dal loro numero assoluto.

L'evento che genera l'emergenza può essere quindi naturale o antropico, di natura biologica, chimica o fisica. Sulla base della loro genesi o natura e facendo riferimento quanto avvenuto nel passato, possono essere definiti piani ad hoc di preparazione di specifiche emergenze, tenendo comunque in considerazione che vi sono aspetti comuni del coordinamento e nell'attivazione della catena di comando necessaria e da attivare in tempi rapidi, fino ad arrivare a dichiarare lo stato di emergenza sanitario quale strumento che consente di garantire l'immediatezza degli interventi a favore della popolazione e del territorio in caso di emergenze sanitarie con mezzi e poteri straordinari.

Le emergenze possono richiedere l'attivazione della catena di comando e degli attori coinvolti con modalità e tempi differenti in base alla loro natura, genesi ed evoluzione, come avvenuto per epidemie e pandemie (es. influenza aviaria e coronavirus) e diffusione di virus altamente letali (Ebola) o emergenze che possono coinvolgere in un secondo momento i servizi sanitari (incendi, terremoti, maxi-incidenti).

Al fine di assicurare un buon coordinamento ed una efficace operatività di tutti gli attori, con Delibera di Congresso di Stato n. 35 del 23 Agosto 2021, a modifica della precedente Delibera n. 34 del 21 gennaio 2019, che modificava la Delibera n. 2 del 14 ottobre 2014, è stato aggiornato il Gruppo di coordinamento per le emergenze sanitarie.

Il Gruppo di coordinamento per affrontare le emergenze sanitarie è composto:

- Direttore Authority, con funzioni di coordinatore,
- Capo della Protezione Civile o suo delegato
- Direttore Generale I.S.S. o suo delegato
- Presidente CEMEC o suo delegato
- Un delegato della Segreteria di Stato per la Sanità e Sicurezza Sociale.

Il Gruppo potrà essere integrato, in funzione delle esigenze specifiche, con professionisti interni ed esterni.

Le Funzioni del Gruppo sono:

- Coordinamento di tutti i servizi pubblici coinvolti nelle emergenze sanitarie

- Attivazione gruppi operativi per aree specifiche
- Comunicazione ed informazione alla cittadinanza ed agli operatori
- Predisposizione ed aggiornamento dei documenti ritenuti necessari.

3. CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI O CATASTROFI¹

La **classificazione degli eventi o catastrofi**, che tiene conto di fattori scatenanti utili a valutare il rischio evolutivo, è la seguente:

a) NATURALI:

Fenomeni geologici:

Terremoti; maremoti

Eruzioni vulcaniche

Bradisismo

Caduta di meteoriti e asteroidi

Eventi meteorologici:

Piogge estese

Siccità

Trombe d'aria; tifoni; uragani

Neve; ghiaccio; grandine

Nebbia

Fenomeni idrogeologici:

Alluvioni; esondazioni

Frane

Valanghe; slavine

Collasso ghiacciai

Varie:

Epidemie animali

b) TECNOLOGICHE o ANTROPICHE:

Incidenti rilevanti in attività industriali:

Incendio; esplosione

Rilascio sostanze inquinanti o tossiche

Rilascio di radioattività

Incidenti nei trasporti:

Aerei

Ferroviani

Di Navigazione (fluviale e marittima)

Stradali

Rilascio di sostanze tossiche o radioattive

Collasso dei sistemi tecnologici:

Black-out elettrico

Black-out informatico

Interruzione rifornimento idrico

Interruzione condotte di gas od oleodotti

Collasso di dighe o bacini

Incendi:

Boschivi

Urbani

Industriali

Varie:

Crollo d'immobili per abitazioni od ospedali

c) CONFLITTUALI E SOCIOLOGICHE:

Atti terroristici

Sommosse

Conflitti armati internazionali

¹ Tale classificazione internazionale dovrà essere necessariamente adattata alle peculiarità di San Marino, in quanto alcuni fattori non sono applicabili o vanno adattati al contesto sammarinese.

Uso d'armi chimiche, batteriologiche e nucleari

Epidemie, pandemie

Carestie

Migrazioni forzate di popolazioni (campi profughi)

Incidenti durante spettacoli, feste e manifestazioni sportive

Altri fattori classificativi, importanti nelle decisioni relative al tipo e all'entità dei soccorsi da mettere in campo, sono i seguenti:

Configurazione geografica

Zona urbana

Zona rurale-extraurbana

Configurazione sociale

Paese industrializzato

Paese in via di sviluppo

Estensione geografica

inferiore a 1 chilometro

tra 1 e 100 km

oltre 100 km

Numero delle vittime (intese come persone coinvolte nell'avvenimento)

Catastrofi limitate (meno di 10 vittime)

Catastrofi medie (fra 11 e 100 vittime)

Catastrofi maggiori (più di 101 vittime)

Effetti sulla comunità (danneggiamento delle infrastrutture quali: vie di comunicazione, reti elettriche, ecc.)

Catastrofi semplici

Catastrofi complesse

Durata dei soccorsi

inferiore alle 6 ore

compresa tra 6 e 24

superiore alle 24 ore.

Alcuni di queste informazioni possono essere comunque raccolte già al momento dell'allarme e possono essere utili per tipizzare l'incidente e, di conseguenza, guidare l'attivazione mirata della macchina dei soccorsi.

Inoltre, al fine di facilitare l'attività delle Centrali Operative 118 le informazioni possono essere integrate anche con le codifiche di seguito proposte:

Accessibilità del luogo:

A: accessibile

NA: non accessibile (o difficilmente accessibile)

Tipo di lesioni prevalenti che ci si può aspettare dalla dinamica dell'evento:

T (prevalenza di pazienti traumatizzati)

C "Crash" (Contusione, schiacciamento)

U "Ustioni"

B "Blast" (Esplosione)

M (prevalenza di patologie internistiche)

R "Respiratorio"

H "Intossicazione"

Livello

1 = inferiore o uguale a 5 vittime

2 = da 6 a 10 vittime

3 = da 11 a vittime 20

4 = oltre 21 vittime

Contaminazione

X = contaminazione accertata o molto probabile da sostanze chimiche.

Z = contaminazione accertata o molto probabile da parte di sostanze VIRALI o BATTERICHE.

L'identificazione della tipologia e della prevalenza del tipo di lesione ha anche lo scopo di:

garantire una risposta mirata da parte della centrale operativa, attivando anche, qualora necessario, l'attivazione di squadre specializzate;
permettere alle strutture sanitarie la precoce attivazione dei piani di emergenza, richiedendo risorse mirate.

3.1. Le emergenze sanitarie del passato, alcuni esempi:

Pandemie ed epidemie

Le pandemie influenzali si verificano ad intervalli di tempo spesso imprevedibili, e, negli ultimi 100 anni, si sono verificate nel 1918 (Spagnola, virus A, sottotipo H1N1), 1957 (Asiatica, virus A, sottotipo H2N2) e 1968 (Hong Kong, virus A, sottotipo H3N2). Nel 2019 La severità può variare da un quadro che può essere assimilato a quello dell'influenza stagionale a manifestazione severa, come avvenuto nella cosiddetta "influenza spagnola" del 1918. Altro elemento da tenere in considerazione e che può favorire la diffusione di patogeni nuovi, contagiosi e per i quali potrebbe non essere disponibile un vaccino in tempi brevi è il salto di specie di alcuni virus (spillover).

Negli ultimi anni anche la Repubblica di San Marino si è organizzata per rispondere a potenziali e reali pandemie (influenza aviaria, coronavirus) ed epidemie di virus letali (Ebola), attivando il Gruppo di Coordinamento per le emergenze sanitarie e predisponendo specifici piani di azione e procedure, anche in collaborazione con OMS e realtà italiane.

La Pandemia da Covid 19

Era il 31 dicembre 2019, quando a Wuhan in Cina vennero segnalati alcuni casi di polmonite di origine sconosciuta.

Pochi giorni dopo, il 9 gennaio 2020, il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie della Cina indica un nuovo coronavirus come agente eziologico di questo focolaio. Inizia così quella che sarebbe diventata una pandemia planetaria con oltre 764 milioni di casi confermati e oltre 6,9 milioni di decessi segnalati a livello globale. La pandemia di COVID-19 ha rappresentato un esempio unico di risposta della sanità pubblica a una grave emergenza ed è opportuno trarre le dovute lezioni su cosa fare e cosa non fare nel futuro. Su questa base si riportano alcuni aspetti relativi all'insegnamento ed agli indirizzi maturati dall'esperienza del Covid 19, partendo dalle carenze riscontrate a livello di cooperazione internazionale, di coordinamento e nella solidarietà.

1) Come prepararsi alla prossima crisi di salute pubblica.

- Sono necessari piani di preparazioni generali costantemente aggiornati.
- Formalizzare il ruolo della sanità pubblica nel processo decisionale e nella gestione delle crisi.
- E' importante predisporre le procedure necessarie per arrivare in tempi brevi alla capacità di impiego massima del personale.

2) Investimenti nella forza lavoro della sanità pubblica

- E' essenziale poter disporre di un numero sufficiente di operatori sanitari pubblici formati. Questa è un'esigenza fondamentale in quasi tutti gli Stati membri anche nei periodi di non emergenza ma diventa fondamentale in casi di crisi.
- Il personale che lavora sotto notevole pressione per periodi di tempo prolungati ha accusato un significativo burnout, con il risultato di frequenti abbandoni o riduzioni di impiego.
- Serve una formazione ad hoc per il personale per poter gestire le procedure di emergenza anche sotto stress.

3) Comunicazione del rischio e coinvolgimento della comunità

- La comunicazione del rischio e il coinvolgimento della comunità sono stati identificati come una delle sfide più significative.
- Per questo va rafforzata la capacità di comunicazione con il pubblico e i media.
- Una cattiva gestione delle richieste dei media e il mancato controllo della disinformazione causano ulteriori pressioni sul personale sanitario.
- Durante la pandemia, ci sarebbe stato bisogno di un migliore coordinamento dei messaggi a livello dell'UE.
- C'è stata carenza di formazione e linee guida sulla comunicazione del rischio e sul ruolo della comunità

4) Raccolta e analisi di dati e prove

- I sistemi digitalizzati per la sorveglianza del COVID-19 sono stati preziosi per monitorare la situazione epidemiologica e continueranno ad esserlo.
- Va però migliorata l'interfaccia tra la sorveglianza Covid con altri registri di sorveglianza (es. registri delle cause di morte, registri delle vaccinazioni).

- I sistemi di sorveglianza dovrebbero essere agili e adattabili, robusti ma anche flessibili e graduabili.
- Analisi, interpretazione e presentazione dei dati epidemiologici dovrebbero essere rafforzati e rimodellati su misura per le esigenze dei responsabili politici e del pubblico.
- Durante la pandemia, le capacità di test e il sequenziamento del SARS-CoV-2 hanno mostrato carenze e lentezze.
- I sistemi informativi che gestiscono il fabbisogno di dati sulla salute pubblica hanno mostrato debolezze e ridondanze.

Sulla base delle esperienze sopra analizzate si dovranno adottare nuove linee di indirizzo che prevedano:

- Valutare la prevenzione, la preparazione e i piani di risposta ogni tre anni.
- Definire gli indicatori per la pianificazione della preparazione
- Sviluppare adeguati orientamenti generali per pianificare la preparazione sulla base delle esperienze.
- Facilitare la condivisione dei piani nazionali di preparazione tra gli Stati membri.
- Facilitare la consulenza intersettoriale e il lavoro con le parti interessate e gli esperti esterni della sanità pubblica.
- Promuovere esercizi di simulazione da parte del personale, predisponendo adeguati supporti formativi.
- Facilitare la valutazione e il monitoraggio dell'implementazione degli interventi non farmaceutici.
- E' importante continuare a mappare la forza lavoro esistente e valutare quante risorse in più saranno necessarie.
- Promuovere il reclutamento e il mantenimento di un personale sanitario pubblico adeguatamente qualificato.
- Continuare a investire nella capacità della forza lavoro esistente per aumentare la qualità e il numero di specialisti qualificati per la preparazione, la sorveglianza e la risposta alle pandemie.
- Essere in grado di supportare le esigenze di reclutamento nei momenti di picco con politiche idonee a livello nazionale e locale capaci di mobilitare giovani professionisti, esperti provenienti da paesi non interessati dall'evento o il personale in pensione.
- Organizzare corsi di formazione sulla comunicazione del rischio per i professionisti della sanità pubblica.
- Promuovere la ricerca sociale e comportamentale nella pianificazione della preparazione e durante la risposta ai focolai.
- Va poi dato supporto agli Stati membri per aumentare la capacità di sequenziamento genomico.
- E in questo ambito sarà fornita adeguata formazione in analisi di sequenza e genomica applicata all'epidemiologia.
- Vanno migliorati gli strumenti per valutare la capacità dei laboratori degli Stati membri

Calamità naturali e Emergenze causate dall'uomo

Terremoti ed altre calamità naturali, inclusi eventi atmosferici eccezionali (alluvioni, grosse nevicate, ecc...) possono diventare emergenze sanitarie, soprattutto in alcuni casi come di seguito riportato:

- alto numero di morti e feriti
- impossibilità di accedere all'ospedale
- isolamento di persone per molti giorni, con particolare riguardo agli anziani.

Anche l'uomo, con i comportamenti colposi o dolosi, può essere causa di emergenze sanitarie (incendi dolosi, inquinamento chimico o biologico, conflitti ecc ...).

San Marino ha dovuto rispondere a eventi naturali, in particolare a quelle atmosferiche (es. "nevone"), che hanno comportato l'attivazione dei soccorsi per dare supporto sanitario e sociale alle persone fragili rimaste isolate e la riorganizzazione dei servizi dell'ISS per garantire l'accesso e l'operatività delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Vi sono stati anche eventi causati dall'uomo, come ad esempio incendi o inquinamento del suolo o delle acque superficiali, che però, per la limitatezza quantitativa, geografica e temporale dell'evento e per l'assenza di un elevato numero di morti e feriti, non sono stati identificati come emergenza sanitaria.

4. EFFETTI SULLA SALUTE E LA MEDICINA DELLE CATASTROFI

Gli effetti sulla salute, derivanti non solo da catastrofi e maxi-emergenze ma anche da eventi prevedibili come ad esempio le epidemia stagionali, possono determinare, in relazione alla loro entità, durata e ambito territoriale, le seguenti conseguenze:

- Conseguenze lievi sulla salute, con una gestione prevalentemente territoriale, fatte salve quelle situazioni legate alle esplosioni di panico collettivo e/o dei casi di depressione reattiva dei singoli o dei gruppi, per la quali si rende necessario l'intervento del gruppo operativo di psicologia delle emergenze.
- Conseguenze di media o moderata entità sulla salute, inquadrabili come situazioni pre-critiche o sub-critiche, tali da non richiedere il ricovero ospedaliero classico, ma nello stesso tempo non gestibili solo a livello territoriale.
- Conseguenze gravi sulla salute tali da rendere necessario il ricovero nell'area dell'emergenza-urgenza, con particolare riguardo ai reparti ospedalieri di terapia intensiva.
- Morte dei singoli soggetti o di gruppi più o meno numerosi di persone.

Infine, nella predisposizione di un servizio per le maxi-emergenze, occorre considerare due aspetti basilari:

- L'integrazione tra le istituzioni per la piena collaborazione dei soccorsi, ossia la condizione per giungere a una sinergia operativa finalizzata a un obiettivo comune.
- Il concetto di vittima esteso nella sua globalità, ossia non soltanto morti e feriti, ma tutti coloro che sono stati colpiti nella salute, negli affetti e nella situazione economica dall'evento.

Il Contesto sammarinese - caratterizzato da alcune peculiarità quali, ad esempio, la dimensione del territorio e della propria popolazione, la garanzia di un *welfare state* a gestione pubblica che assicura una copertura sanitaria, socio-sanitaria e sociale universale attraverso l'Istituto per la Sicurezza Sociale che garantisce percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali integrati fra ospedale e territorio - consente di gestire in modo integrato e multidisciplinare anche le emergenze, valutando di volta in volta il setting assistenziale più idoneo sia nel contesto territoriale, in cui sono presenti i servizi socio-sanitari, le cure primarie e i servizi di prevenzione che nel contesto ospedaliero, che è in stretta connessione con le realtà sanitarie italiane ed in particolare con le regioni limitrofe.

5. GESTIONE E COORDINAMENTO

San Marino gestisce le emergenze avvalendosi della Protezione Civile per le competenze affidate dalla Legge e del "Gruppo di Coordinamento per le emergenze sanitarie" con l'obiettivo di garantire rapidità di azione non solo per le emergenze di tipo infettivo (pandemie o epidemie che possono creare allarme nella popolazione) ma anche per emergenze, quali terremoti o incendi, che possono richiedere un importante supporto dei servizi sanitari e assistenziali.

Nell'ultima pandemia da coronavirus in una prima fase è stata ravvisata la necessità di istituire la figura del Commissario Straordinario per l'emergenza da Covid-19 (Decreto - Legge 5 marzo 2020 n.42).

Viste le esperienze del passato e la necessità di formalizzare ulteriormente la catena di comando per l'emergenza, è opportuno predisporre una proposta legislativa che normi lo "Stato di Emergenza Sanitario" e la nomina di Un Commissario o Coordinatore straordinario.

E' stata identificata la cabina di regia per la gestione delle emergenze sanitarie, con modalità di attivazione in funzione dell'evento e della conseguente dichiarazione della tipologia di emergenza, che può andare da emergenze che possono avere una rapida risoluzione con l'utilizzo di non ingenti risorse, fino alla dichiarazione di un vero e proprio stato di emergenza che presuppone un intervento massiccio delle organizzazioni preposte e reperimento di numerose risorse, umane, tecnologiche ed economiche.

Nell'allegato 1 vengono inoltre identificati ruoli, funzioni e responsabilità.

6. PIANIFICAZIONE, OBIETTIVI E AZIONI

La Pianificazione rappresenta lo "strumento che consente alle autorità competenti di predisporre e coordinare gli interventi di soccorso a tutela della popolazione e dei beni in un'area a rischio, e di garantire con ogni mezzo il mantenimento del livello di vita civile messo in crisi da una situazione che comporta necessariamente gravi disagi fisici e psicologici".

Dal momento che gli ambiti di intervento differiscono in relazione alla tipologia ed alle dimensioni degli eventi, deve essere prevista una programmazione e una pianificazione dei singoli interventi, che però devono avere caratteristiche comuni, come di seguito esplicitato.

6.1. Aspetti generali per elaborare i Piani di Emergenza

Alcuni aspetti generali che si devono tenere in considerazione per l'elaborazione di un piano di emergenza sono di seguito riportati:

- Assegnazione delle responsabilità alle organizzazioni e agli individui per effettuare azioni specifiche, progettate nei tempi e nei luoghi, in un'emergenza che supera la capacità di risposta o la competenza di una singola organizzazione.

- Definizione delle azioni da coordinare e delle relazioni fra le organizzazioni, interne ed esterne a San Marino, con particolare riguardo all'Italia, alle realtà limitrofe regionali e a Organismi internazionali quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Individuazione delle iniziative idonee a proteggere le persone e la proprietà in situazioni di emergenza e di disastri.
- Identificazione del personale, dell'equipaggiamento, delle competenze, dei fondi e delle altre risorse disponibili da utilizzare durante le operazioni di risposta.
- Identificazione delle iniziative da mettere in atto per migliorare le condizioni di vita di eventuali evacuati dalle loro abitazioni.
- Identificazione di strategie di comunicazione.

Inoltre, si ritiene opportuno, nella logica di risk management, tenere in considerazione, per ogni evento che può determinare o che ha determinato una emergenza sanitaria, la sequenza temporale delle azioni che vanno messe in campo, come di seguito riportato:

1. identificazione del rischio
2. valutazione del rischio
3. gestione del rischio - pianificazione dell'emergenza
4. mobilitazione, risposta e comunicazione del rischio
5. verifica

L'obiettivo principale, consiste, in definitiva, nell'attivare rapidamente la catena di comando per gestire adeguatamente le emergenze sanitarie in modo inter-istituzionale e multidisciplinare per ristabilire, in primis, l'incolumità fisica e psichica di coloro che sono stati coinvolti e, successivamente, di ricreare un equilibrio all'interno della comunità colpita, coerentemente con quanto indicato nel Regolamento Sanitario Internazionale (International Health Regulation – IHR) e facendo riferimento a quanto evidenziato dalla medicina delle catastrofi.

6.2. Piani di emergenza specifici

Per ogni evento/emergenza sanitaria deve essere predisposta una scheda sintetica in cui sono contenuti gli aspetti generali sopra esplicitati, con particolare riferimento a livelli di rischio, obiettivi e azioni, responsabilità (chi fa che cosa), risorse necessarie, interfacce, tempistiche e gestione della comunicazione. Al momento vengono allegati i documenti (piani, procedure, protocolli) utilizzati in passato per la gestione delle emergenze sanitarie a San Marino e che richiedono, comunque, il necessario e costante aggiornamento, in funzione di nuove evidenze scientifiche e di cambiamenti o modifiche delle organizzazioni coinvolte nella gestione delle emergenze.

Sono parte integrante del documento:

- PIANO PER LA PANDEMIA INFLUENZALE NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO
 - DOCUMENTO PER LA GESTIONE EMERGENZE SANITARIE DA PANDEMIA COVID 19
- Piani di Emergenza di Protezione Civile
 - Rischio sanitario
- Piani di Emergenza dell'ISS:
 - Procedura Aziendale per la Gestione di una emergenza epidemica: gestione della possibile ricomparsa di Covid 19 in corso di epidemia influenzale
 - Piano di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti (P.E.I.M.A.F.),
 - Piano di Emergenza Interno (P.E.I.)
 - Piano di Evacuazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie in caso di emergenza (P.Evac.).

7. VERIFICA

Al fine di tenere costantemente aggiornati i piani proposti è necessario che il Gruppo di Coordinamento verifichi, a cadenze regolari, l'operatività del piano anche attraverso simulazioni e audit interni o esterni e utilizzo di indicatori specifici.

ALLEGATO 1 – Organizzazione per gestione emergenze sanitarie

FIGURA 1.1 – identificazione cabina di regia e livello operativo

