

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Facoltà di Medicina e Chirurgia

**Master di I Livello in “Gestione dei Processi Infermieristici nel
Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza 118”**



**Il soccorso tattico extra – ospedaliero nei nuovi scenari urbani:
il Tactical Emergency Medical Support**

Relatore

Diego SAGGIANTE

Tesi di:

Giuliano NACUZI

matricola n. 761044

Anno Accademico

2011/2012

Ai miei figli Andrea e Greta...

perché mi date l'opportunità di giocare ancora con i lego, salire sulle giostre e trovare ogni giorno la fantasia di inventare favole nuove. Perché mi fate sentire ogni giorno il vostro Supereroe e perché senza di voi la mia vita non avrebbe senso.

...e a Stefania... la mia àncora.

INTRODUZIONE	3
1. LA MEDICINA MILITARE: TAPPE FONAMENTALI	4
2. LA MEDICINA TATTICA	7
3. IL PANORAMA ITALIANO	16
4. IL PROGETTO TEMS	19
CONCLUSIONI	30
BIBLIOGRAFIA	32

INTRODUZIONE

Il TEMS, acronimo americano di Tactical Emergency Medical Support, rappresenta uno dei più recenti sviluppi della medicina tattica, caratterizzata da interventi contemporaneamente sia di soccorso sanitario che di sicurezza, in scenari che impongono specifiche procedure di intervento congiunto tra operatori sanitari e forze dell'ordine.

La scelta di trattare questo argomento, del tutto innovativo in Italia ma profondamente sviluppato negli Stati Uniti, deriva dalla mia passione per la medicina militare e soprattutto perché rappresenta probabilmente l'evoluzione più estrema della medicina d'emergenza pre-ospedaliera sia per gli scenari di impiego che per le procedure adottate. Il TEMS fonda le sue basi sui principi della medicina militare, la medicina delle catastrofi, l'urban search and rescue, e sulla medicina d'emergenza convenzionale al fine di creare un sistema di soccorso che supporti missioni congiunte tra sanitari e forze dell'ordine. Dunque, fin dalla sua origine negli anni sessanta, il TEMS ha avuto il compito di supportare le operazioni SWAT (Special Weapons and Tactics), ricavandosi tuttavia negli anni un'area di competenza specifica. In un'epoca dove il mutamento degli scenari urbani, rappresentato da attentati, guerriglie, sequestri e scontri violenti durante le manifestazioni pubbliche risulta essere all'ordine del giorno, dove le associazioni criminali e la criminalità stessa fa sempre più uso di armi da fuoco e di congegni sempre più avanzati anche dal punto di vista strategico, ecco che si evidenzia la necessità di poter disporre di personale sanitario, immediatamente disponibile, a supporto di operazioni di tipo tattico in ambito civile.

1. LA MEDICINA MILITARE: TAPPE FONDAMENTALI

Per migliaia di anni le battaglie si sono concluse lasciando sul campo un elevato numero di morti e feriti di cui non si curava nessuno a meno che non fossero imperatori, generali o figli di Dei. Nonostante la sua tragicità, la guerra ha saputo insegnare all'uomo molto più di qualsiasi analisi teorico-scientifica: la sanità militare e la medicina d'urgenza ne sono un esempio. Nel corso dei secoli, la medicina militare si è modificata adeguandosi al periodo storico ed alle necessità tattico-sanitarie. Si è passati, così, da semplice trasporto di feriti a sostegno psicologico e sanitario degli eserciti moderni. Già Tito Livio, nel suo "*Ab urbe condita*", fu tra i primi a focalizzare l'attenzione su due importanti principi che possono ancora oggi essere accettati come base dell'organizzazione sanitaria di campagna degli eserciti moderni e cioè che la presenza di un grande numero di feriti sul campo scuote e deprime il morale delle truppe e che l'assistenza sanitaria per questi ultimi rappresenta una necessità militare, tanto più che un dovere patriottico.¹

Il Medioevo dovette attendere le Crociate e l'Ordine dei Cavalieri Ospitalieri Gerosolomitani, poi trasformati nell'Ordine dei Cavalieri di Malta, per poter avere una qualche forma di assistenza sui campi di battaglia, in quanto, in questo periodo storico, venne cancellata ogni forma di organizzazione sanitaria militare. Con Luigi XIV prima e con la Rivoluzione Francese poi, gli ospedali da campo e l'organizzazione di sgombero nelle retrovie dei feriti, assunsero sempre più rilevanza. Nel 1790, un comitato di salute pubblica stabilisce l'assegnazione ad

¹ <http://www.sanniti.info/livio9.html>

ogni unità militare operativa di figure sanitarie stabili. Dominique Larrey, illustre chirurgo dell'armata napoleonica, notò che le modalità di soccorso attuate fino ad allora nei campi di battaglia, erano caratterizzate da tempi molto lunghi per il raggiungimento dei feriti, con la diretta conseguenza di una mortalità molto elevata anche in pazienti potenzialmente curabili. Nasce l'ambulanza volante per il recupero rapido dei feriti in battaglia ed il triage che stabilisce criteri di selezione tra soldati rapidamente reimpiegabili nel combattimento a quelli con lesioni gravi che devono essere trasportati agli ospedali da campo nelle retrovie. Un'altra figura eminente della chirurgia di guerra è Pierre – Francois Percy che elaborò una riorganizzazione completa dell'assistenza sanitaria che provvedesse al raggiungimento dei feriti già nel corso della battaglia ed una immediata prestazione delle prime cure necessarie sul campo.²

Fu la presenza casuale di Henry Dunant durante la battaglia di Solferino e San Martino che contribuì nel 1863, insieme ad altri 5 svizzeri, alla fondazione del primo Comitato Internazionale della Croce Rossa, dopo essere rimasto profondamente colpito dal grande numero di soldati feriti abbandonati sul campo.³

Vale la pena ricordare che, pochi anni prima, durante la guerra di Crimea combattuta tra il 1853 ed il 1856, nasceva la professione infermieristica grazie all'inglese Florence Nightingale. Il numero elevatissimo di vittime, feriti e mutilati frutto della Grande Guerra, permise il progredire della medicina e della chirurgia d'urgenza verso quelle eccellenze che noi oggi conosciamo. Al contrario, la medicina militare non ci riservò, durante la Seconda Guerra Mondiale, cambiamenti così radicali come quelli che aveva prodotto la Prima ma

² http://www.brunero.it/pa_finale/1797.htm

³ Giorgio Cosmacini, Guerra e Medicina, Editori Laterza, Roma 2011, p. 147

consentì di migliorare e perfezionare conoscenze appena apprese. La guerra di Corea (1950-1953) e quella lunghissima del Vietnam (1960-1975) occuperanno gran parte della metà del Novecento. E' in queste due che il concetto di triage assume caratteristiche più evolute e perfezionate sia nel metodo di applicazione che per la sua organizzazione. I medici militari statunitensi compresero come il fattore tempo influenzasse il successo del soccorso ed iniziarono a parlare, per la prima volta, di “*golden hour*”. In Corea, unità di elicotteri venivano destinate come aeroambulanze ai MASH (Mobile Army Surgical Hospital), per garantire un rapido sgombero dei feriti più gravi dal terreno di combattimento.⁴

Visti i successi, anche il Vietnam vide impiegati gli elicotteri come mezzo rapido per il trasporto feriti nonché di paramedici aggregati ai reparti operativi che portarono ad una significativa riduzione della mortalità dei feriti ospedalizzati. L'umanità e la medicina, purtroppo, si sono evolute soprattutto sull'esperienza della guerra. Fortunatamente, dopo il Vietnam, abbiamo saputo conoscere momenti di pace e di stabilità. Non sentiremo più parlare per anni di Grandi Guerre ma al contrario i giornali saranno sommersi di numerose notizie di cronaca: nasce l'epoca dei “serial shooter”, degli attentati terroristici, delle minacce batteriologiche, delle organizzazioni criminali, degli scontri armati con le forze dell'ordine. La guerra si trasforma, diventa non convenzionale, trasferendosi dai campi di battaglia alle strade delle città e così anche la medicina militare diventa supporto ad operazioni di tipo tattico in ambito civile senza dimenticare i principi di fondo che l'hanno caratterizzata nel corso dei secoli.

⁴ Maj. Booker King, MD, FACS, and Col. Ismail Jatoi, MD, The Mobile Army Surgical Hospital (MASH): A Military and Surgical Legacy, J Natl Med Assoc, 2005;

2. LA MEDICINA TATTICA

1 Agosto 1966, Austin, Texas: Charles Joseph Whitman, ex marines, appassionato di armi da fuoco, dopo aver ucciso la madre strangolandola con un tubo di gomma e la moglie con cinque coltellate mentre dormiva, nella tarda mattinata si recò all'Università del Texas e, confondendosi con gli studenti, si introdusse nella torre dell'Università; una volta arrivato in cima al ventottesimo piano, dove si trovava una terrazza panoramica, uccise la receptionist colpendola alla testa con una sbarra di ferro e, alle 11.45 cominciò a sparare ripetutamente sulla folla sottostante. Nei 96 minuti successivi, Whitman esplose 46 colpi di fucile, tutti a segno, causando la morte di 16 persone, tra cui una ragazza incinta di otto mesi e un poliziotto centrato a 500m di distanza, e il ferimento di altre 30. Alle 13.30 due poliziotti irrompono nella terrazza sorprendendo Whitman alle spalle e uccidendolo con due colpi alla nuca.⁵

L'analisi di questo incidente permise alle forze dell'ordine e al personale sanitario di osservare le difficoltà di intervento sia sul piano medico che tattico. Il tallone d'Achille del soccorso era rappresentato proprio dalla sua vulnerabilità; questo non poteva iniziare fino a che la scena non fosse sicura e allo stesso tempo la "sicurezza della scena" poteva essere garantita solo dall'azione di forze di polizia altamente specializzate; alcune tra le 16 vittime morirono proprio a causa di un mancato soccorso; risultava infatti impossibile intervenire in una situazione di assedio dove anche i soccorritori sarebbero diventati un facile bersaglio. L'agitazione civile ed il disordine negli Stati Uniti di quegli anni, dunque,

⁵ http://www.trutv.com/library/crime/notorius_murders/mass/whitman/index_1.html

contribuì così all'avvento delle unità tattiche come parte delle forze dell'ordine civili soprattutto dall'aumento di eventi criminosi perpetrati da "serial shooter". La SWAT (Special Weapons and Tactic) ebbe origine con il dipartimento di polizia di Los Angeles nella metà del 1960, quando divenne chiaro che un agente di polizia medio, dotato solo di pistola e di una formazione di base, era diventato particolarmente vulnerabile nelle attività terroristiche e criminali. Lo sviluppo della SWAT nei team delle forze dell'ordine creò la necessità di disporre di servizi di soccorso di emergenza in stile militare al fine di essere in grado di portare assistenza immediata alle vittime di questi scenari, caratterizzati da pazienti multipli, traumi penetranti e trattamento sotto il fuoco. In particolare, il personale sanitario aveva bisogno di essere vicino al luogo delle operazioni per iniziare precocemente il trattamento delle vittime (forze dell'ordine, vittime innocenti, perpetratori) ma allo stesso tempo doveva essere in grado di compiere operazioni tattiche con il team SWAT per la cura del paziente in Zona Calda o sotto il fuoco. Ciò ha richiesto lo sviluppo di criteri di triage e trattamenti specifici, una speciale attrezzatura sanitaria ed un equipaggiamento protettivo del personale elaborato per supportare tali tipo di operazioni.⁶

Gli agenti delle forze dell'ordine e le squadre speciali si trovano ad affrontare, sempre più spesso, organizzazioni armate con strumenti più sofisticati o armi militari, ostaggi, attentatori, terroristi di ogni genere e rischi tossici associati a laboratori clandestini per la produzione delle nuove droghe. Il supporto sanitario di emergenza per le operazioni speciali di polizia, richiede la conoscenza delle

⁶ Kolman JA, Charles C. Thomas, A guide to the development of special weapons and tactics teams, Springfield, IL, 1982.

caratteristiche uniche dell'ambiente tattico e l'acquisizione di competenze specifiche che si riferiscono alla valutazione del paziente e alle cure sanitarie in condizioni ostili. I militari hanno da tempo riconosciuto il valore della prima assistenza sanitaria nel teatro delle operazioni. Negli Stati Uniti, le forze dell'ordine Federali, Statali e Locali con teams per operazioni speciali, sono giunti a riconoscere la necessità di un supporto sanitario di emergenza tatticamente formato. Tra il 1989 e il 1990, grazie ad una collaborazione sorta tra la National Tactical Officer's Association (NTOA) e U.S. Department of Defense, Department of Interior, U.S. Park Police Special Forces Branch, Uniformed Services University of the Health Sciences, venne messo a punto un programma denominato Counter Narcotics Tactical Operations Medical Support (CONTOMS).⁷

Il programma ha sviluppato un curriculum TEMS e arruolato e formato il personale a fornire cure mediche in ambiente tattico. Il CONTOMS si proponeva inoltre di studiare, raccogliere dati, analizzare i programmi di addestramento e l'impiego del personale sanitario tattico designato per fornire la risposta sanitaria che fosse la più adeguata per la realtà civile.⁸

La National Tactical Officers Association (NTOA) ha considerato il TEMS come elemento fondamentale nelle operazioni tattiche di polizia e cominciò a promuovere la formazione e l'addestramento di sanitari specifici. Nell'Aprile del 1994 il Generale dell'Esercito e Chirurgo militare Richard Carmona ed il Dott. Heiskell definirono con l'articolo pubblicato in *Annals of Emergency Medicine*,

⁷ Rinnert KJ, Hall WL, Tactical Emergency Medical Support, *Emerg. Med. Clin.*, 2002;

⁸ Carmona R, Inside the perimeter: TEMS transitioning into the new millennium, *The Tactical Edge*, 2002.

“Tactical Emergency Medical Services: An Emerging Subspecialty of Emergency Medicine” le basi di ciò che doveva e che diventerà la medicina tattica, definendone il ruolo, l’ambito di impiego, i destinatari e le problematiche emergenti da approfondire.



Fig. 1 – Tactical Emergency Medical Support.

Nel corso degli anni si sono sviluppati vari modelli organizzativi di unità TEMS: sistemi con paramedici civili in stand-by disposti esternamente al perimetro operativo, altri che impiegano paramedici addestrati a livello tattico (“Tactical Medic”) e altri ancora con agenti di polizia con formazione sanitaria di base. Si differenzia tra tutti il “Newark Model”, sviluppato dal New Jersey Trauma Center, che sfrutta i punti di forza del Trauma Center con l’impiego di professionisti sanitari altamente qualificati e quelli delle forze di polizia che forniscono

l'addestramento tattico, i mezzi e l'equipaggiamento. Questa forma di cooperazione assicura un notevole risparmio per entrambi gli Enti e garantisce l'impiego di personale con un elevato training sanitario.⁹

Tuttavia non tutti i Trauma Center Americani sono stati interessati a programmi TEMS, limitandone l'applicabilità. Dopo gli attacchi dell'11 settembre 2001 sia la National Association of Emergency Medical Service Physician (NAEMSP) e l'American College of Emergency Physician (ACEP) hanno formalmente approvato l'integrazione di paramedici che ricevono un addestramento specifico, da impiegare in operazioni speciali di polizia.¹⁰

Le linee guida del Tactical Combat Casualty Care (TCCC) sono attualmente considerate lo standard di cura della medicina tattica militare approvate sia dall'American College of Surgeons Committee on Trauma (ACS-COT) sia dalla National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) che, attraverso il programma PHTLS dedica un intero capitolo sull'importanza, i ruoli e i protocolli d'azione delle squadre di soccorso tattiche. Sebbene le operazioni militari e le operazioni speciali siano uniche nel loro genere, esistono delle somiglianze negli aspetti operativi e nelle cure mediche delle operazioni tattiche civili. Negli Stati Uniti, le forze di polizia statali e locali, compresa l'FBI, hanno programmi che stabiliscono quando sia necessario il supporto tattico sanitario. Questi delineano quelle attività di polizia o operazioni speciali altamente pericolose, complesse o che necessitano di tecniche militari, così da assegnare alle unità di pattuglia personale sanitario tattico. Sono le squadre speciali a svolgere

⁹ Lavery RF, Addis MD, Doran JV, Corrice MA, Tortella BJ, Livingston DH, Taking Care of the "Good Guys": a Trauma Center-Based model of medical support for tactical law enforcement, J. Trauma, 2000.

¹⁰ Joseph j. Heck DO, Guillermo Pierluisi MD, Law Enforcement Special Operations Medical Support, Prehospital Emergency Care, vol. 5 n. 4, 2001

questo tipo di missioni e proprio per garantirne il successo sottolineano l'importanza della formazione, il coordinamento del team, la velocità, la furtività e l'irruenza delle azioni. Utilizzano spesso tecnologie avanzate come sistemi di arma non letali, comunicazioni criptate, armature, dispositivi di cattura acustici e apparecchiature simili e sono generalmente costituiti dai più forti, veloci, brillanti e motivati agenti di polizia.



Fig. 2 – Addestramento TEMS: fase “Care Under Fire” del Tactical Combat Casualty Care.

Le unità hanno una grande varietà di nomi tra cui: Special Weapons and Tactic (SWAT), Special Response Team (SRT), Hostage Rescue Team (HRT), Counter Assault Team (CAT), Emergency Response Team (ERT) e Special Operations Unit (SOU). Il TEMS sostiene queste unità e incorpora qualità e discipline differenti con l'obiettivo comune di salvaguardare la salute, la sicurezza ed il

benessere degli agenti e della comunità. In generale il TEMS è costituito da due componenti: una operativa e una di supporto.

La componente operativa comprende:

- Operazioni Speciali di polizia: il ruolo del TEMS è la fornitura di supporto sanitario per le squadre tattiche che comprende una moltitudine di misure operative adeguate all'ambiente austero e potenzialmente ostile;
- Medicina Marittima: incremento delle attività di pattugliamento portuale e litorale, operazioni di interdizione a sostegno della lotta al terrorismo, il traffico di esseri umani e contro le operazioni di narcotici che richiedono formazione specializzata e supporto sanitario. Questo supporto comprende la medicina di bordo, la medicina subacquea e di soccorso natanti.
- Materiali pericolosi (HAZMAT): la formazione HAZMAT (Hazardous Materials) si concentra sulle problematiche sanitarie relative alle squadre specializzate coinvolte nella rilevazione, valutazione e bonifica di sostanze pericolose e di armi di distruzione di massa. Il TEMS fornisce monitoraggio sanitario del personale e dell'ambiente potenzialmente contaminato, garantiscono l'estrazione e la messa in sicurezza dei coinvolti, forniscono la decontaminazione e trattano immediatamente i pazienti esposti ad agenti tossici.
- Explosive Ordnance Disposal (EOD): le squadre EOD o "bomb squad", deputate alla bonifica e disinnescamento di ordigni esplosivi, incontrano minacce uniche connesse alle esplosioni (blast injuries), all'esposizione di sostanze chimiche industriali tossiche e ai rischi connessi con l'uso di sofisticati dispositivi di protezione individuale. Il supporto sanitario per le

operazioni EOD comprende il monitoraggio ambientale e del potenziale decremento della performance tecnica degli operatori, la formazione sugli effetti delle esplosioni, il trattamento delle lesioni da scoppio e delle esposizioni correlate ed infine di supporto clinico forense nelle indagini post-blast.

- Executive protection medicine: particolari tipi di protezione sono spesso forniti a dirigenti di alto rango, persone di alto profilo sotto minaccia specifica, i detenuti che collaborano con la giustizia, per garantire un trasporto o una consegna sicura. La medicina di protezione coinvolge per intero la competenza sanitaria e una formazione medica specifica. Si considera fallimento della missione l'infortunio del Committente o l'insorgenza di malattia indipendentemente dall'origine o causa.

Le funzioni di supporto invece includono:

- Pianificazione medica della missione: è una componente fondamentale per le forze dell'ordine soprattutto per operazioni *counterterrorism* e *mass casualty operation*. Valutano le possibili esposizioni chimiche (ad esempio incursioni in laboratori clandestini) la risposta ad epidemie di malattie infettive, piani di emergenza ed evacuazione, il coordinamento tra Agenzie.
- Visite mediche: consulenze e raccomandazioni sanitarie per questioni relative alla salute, la sicurezza e le prestazioni dei componenti delle forze dell'ordine e, in circostanze particolari, per la comunità.
- Medicina del lavoro: si occupano dei regolari controlli sanitari dei componenti dei team tattici come vaccinazioni, stato fisico e psicologico,

sull'utilizzo dei dispositivi individuali di protezione e su eventuali infortuni in servizio.

- Assistenza veterinaria: molte unità delle forze speciali e delle forze di polizia utilizzano unità K9 (key nine=cinofile) o a cavallo. Il supporto veterinario TEMS prevede la fornitura di medicine preventive nonché di collegamento con i centri per le cure specialistiche.

E' evidente come squadre così preparate siano fondamentali nei nuovi scenari tattici urbani. Ma il TEMS ha benefici aggiuntivi oltre quello di migliorare la probabilità di successo della missione. L'obiettivo di un programma TEMS ben organizzato è quello di ridurre la morbilità e la mortalità di agenti, perpetratori e vittime innocenti garantendo un immediato soccorso; inoltre ha un impatto significativamente positivo sulla morale del team.¹¹

Infatti gli agenti delle squadre speciali sono costretti a correre rischi enormi in situazioni pericolose e la loro volontà di impegnarsi pienamente nella missione è rafforzata dalla percezione che, se dovessero essere feriti, saranno immediatamente soccorsi dalla migliore assistenza medica possibile. Infine gli interventi delle forze dell'ordine, in determinate condizioni che possono arrecare pericolo anche per i bystander, li pongono in una condizione di svantaggio proprio per il rischio di ferire degli innocenti. Il supporto TEMS ha dimostrato di essere una risposta adeguata che attenua tale condizione di svantaggio.¹²

¹¹ Gildea JR, Janssen AR: Tactical emergency medical support: Physician involvement and injury patterns in tactical teams. J. Emerg. Med., 2008.

¹² Sztajnkrycer MD, Callaway DW, Baez AA: Police officer response to the injured officer: A survey-based analysis of medical care decisions. Prehosp. Disaster. Med., 2007.

3. IL PANORAMA ITALIANO

La criminalità in Italia è presente in varie forme soprattutto per la presenza di organizzazioni a delinquere che sono tipiche del nostro territorio: Mafia, Camorra, Cosa Nostra, N'drangheta. Tuttavia, con un tasso di 0,013 per 1000 persone, l'Italia è al 47° posto nel Mondo per omicidi. Questo rende il tasso di omicidi in Italia inferiore a 1/3 di quello degli Stati Uniti e in generale la colloca tra le Nazioni più sicure rispetto anche alle vicine europee Francia, Finlandia, Regno Unito.¹³

Il rapporto sulla criminalità redatto dal Ministero degli Interni, che abbraccia un arco temporale di circa 40 anni, dal 1967 al 2007, dimostra come gli omicidi siano cresciuti sensibilmente all'inizio degli anni 60 e 90. Negli anni 90 raggiungono un picco che non verrà mai né superato né raggiunto negli anni successivi anzi subirà un notevole decremento. Nel 1991, le forze di polizia, attribuivano alla criminalità organizzata oltre 700 dei 1.918 omicidi avvenuti quell'anno. Nel 2006 gliene attribuivano solo 109 dei 621 avvenuti quell'anno. A questo si aggiunge il declino anche degli omicidi della criminalità comune riconducibili a scopi di furto o rapina, che dal 2004 si sono ridotti tra i 20 e i 30 dopo aver superato il centinaio a cavallo degli anni 90.¹⁴

Probabilmente il controllo sulla vendita e sul possesso delle armi da fuoco presente sul nostro territorio, rappresenta un deterrente per la criminalità comune e ne impedisce al cittadino un uso improprio. Lo scenario criminale italiano

¹³ <http://www.nationmaster.com/graph/crime/crime-murders-per-capita>

¹⁴ http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/14/0900_rapporto_criminalita.pdf, p. 111

rimane condizionato in larga parte dalle organizzazioni di stampo mafioso che costituiscono lo sforzo operativo maggiore per le forze di polizia. A fronte delle numerose azioni di contrasto degli organismi investigativi, le organizzazioni malavitose hanno mostrato elevate capacità di rigenerarsi che si traduce con il riassetto degli equilibri apicali, il finanziamento e il riarmo dell'organizzazione stessa. Ciò comporta per le forze dell'ordine una continua battaglia contro Mafia, Camorra, N'drangheta con interventi altamente rischiosi sia per l'utilizzo di armi da fuoco e tecniche militari che per le zone di intervento difficilmente accessibili, anguste e il più delle volte nascoste all'interno di comuni abitazioni. All'interno del mercato delle droghe, l'Italia si colloca con connotazioni specifiche: non è area di produzione ma zona di transito verso altri Paesi nonché territorio di destinazione e consumo. Ovviamente, anche in questo caso, la presenza di organizzazioni criminali sia autoctone ma anche straniere come mafia cinese, criminalità sudamericana e rumena, hanno reso le operazioni di contrasto al traffico e allo spaccio di sostanze stupefacenti altamente impegnative e rischiose dal punto di vista tecnico militare. Il settore, però, dove indubbiamente vengono impiegate il maggior numero di forze di polizia sono i servizi a tutela dell'ordine pubblico, cioè quelle attività di prevenzione di tumulti o episodi violenti in circostanze in cui si prevede un intenso afflusso di persone, che rappresentano, a mio avviso, il settore operativo dove poter impiegare i team sanitari tattici in Italia. In un quadro nazionale ed internazionale caratterizzato da problematiche socio-economiche ed occupazionali, speciale attenzione è stata dedicata alle

numerossissime iniziative di piazza politico-sindacali, studentesche, sportive e religiose che hanno comportato uno spiccato interesse per l'ordine pubblico.¹⁵

Frequentemente le notizie di cronaca si sono riempite di vicende inerenti a scontri e feriti sia tra polizia che manifestanti. Sono da esempio il G8 di Genova, l'emergenza rifiuti nella provincia di Napoli, gli scontri con i NO-TAV, le manifestazioni studentesche di Roma e Palermo e quelle calcistiche della domenica. Il Reparto Mobile della Polizia di Stato ed il Battaglione Mobile dell'Arma dei Carabinieri, sono nuclei specializzati delle forze di polizia per lo svolgimento di questo tipo di servizio e utilizzano tecniche, equipaggiamenti e strategie specifiche. A differenza degli Stati Uniti, dunque, dove è elevato il numero di omicidi, di conflitti a fuoco e di contrasto alla produzione chimica di droga, in Italia il panorama operativo dei teams TEMS si potrebbe orientare, come vedremo più avanti, verso l'impiego nei servizi a tutela dell'ordine pubblico restringendo e specializzando il loro campo d'azione.

15

http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/14/0900_rapporto_criminal_ita.pdf, p. 416

4. IL PROGETTO TEMS

Nel DGR di Regione Lombardia, n. IX/1964 del 6 Luglio 2011, con oggetto Soccorso Sanitario Extraospedaliero – Aggiornamento DD.G.R. N. VI/37434 DEL 17.7.1998, N. VI/45819 DEL 22.10.1999, N. VII/16484 DEL 23.2.2004 E N. VIII/1743 DEL 18.1. 2006, si definisce soccorso sanitario:

“[...] ogni attività di soccorso e trasporto di persone disposto o coordinato dalla COEU 118 che si concluda o meno presso una struttura di ricovero e cura accreditata per l'emergenza urgenza. È altresì assimilabile al soccorso sanitario l'attività di stazionamento in occasione di manifestazioni per le quali è prevista la presenza di personale e mezzi di soccorso.[...]”

Tutto ciò è garantito in Lombardia da AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza) e in Italia dal SSUEm 118 (Servizio Sanitario di Urgenza Emergenza) che espletano il proprio operato rispettando, come primo comandamento, l'approccio in sicurezza degli scenari. Ecco quindi che risulta improbabile, o per lo meno molto difficoltoso e rischioso, garantire da parte dei Servizi di Emergenza 118 un intervento efficace in circostanze come quelle che abbiamo visto nel capitolo precedente, nonostante quei particolari scenari facciano anche loro parte della definizione stessa di soccorso sanitario. Vorrei porre l'attenzione su due episodi, e se ne potrebbero citare molti altri, che avrebbero potuto, probabilmente, assumere contorni differenti se ci fosse stata la possibilità di impiegare personale sanitario tatticamente preparato. Il primo è la morte di Carlo Giuliani durante gli scontri del G8 di Genova ed il secondo, la morte dell'Ispettore Capo della Polizia Filippo Raciti durante i tafferugli tra tifosi allo stadio per la partita Palermo-Catania.

Durante la riunione dei capi di governo dei maggiori paesi industrializzati svoltasi nel capoluogo ligure dal 20 al 22 luglio 2001, i movimenti no-global e le associazioni pacifiste diedero vita a manifestazioni di dissenso, seguite da gravi tumulti di piazza, con scontri tra forze dell'ordine e manifestanti. Durante uno di questi un Land Rover dei Carabinieri veniva assaltato da un gruppo di manifestanti. Dall'interno del veicolo veniva esplosa un colpo di pistola che colpiva Carlo Giuliani, uccidendolo sul posto. Immediatamente le forze di polizia intervennero per ristabilire l'ordine e crearono un cordone di sicurezza attorno al ferito. Da quanto si evince dalle foto e dai filmati dei media, nessuno tra gli agenti valutò subito le condizioni del Giuliani né tantomeno cominciò le manovre rianimatorie probabilmente perché privi delle competenze sanitarie, perché impegnati a ristabilire l'ordine e placare gli animi già caldi o perché già erroneamente dichiarato morto.

Dopo circa mezz'ora, il personale medico di un'ambulanza arrivò in soccorso e iniziò le manovre ALS ma non poté fare altro che accompagnare all'Ospedale il Giuliani già cadavere. Se all'interno del gruppo di agenti delle forze dell'ordine che intervenne subito dopo lo sparo fosse stato presente un team tattico di soccorritori, la vicenda avrebbe preso una piega differente? Stando a quanto afferma l'autopsia, forse sì.

Cito testualmente quanto scritto dal Prof. Marcello Canale e dal Dott. Marco Salvi nella consulenza tecnica sul cadavere di Carlo Giuliani:

“Sezione cadaverica:

- multiple lesioni cranio-encefaliche da tramite di n. 1 colpo d'arma da fuoco a proiettile singolo, penetrato in cavità cranica attraverso la regione orbitaria sinistra e fuoriuscito in corrispondenza della regione occipitale sinistra;

- assenza di lesioni traumatico-contusive, macroscopicamente obiettivabili, a carico dei vari organi ed apparati toraco-addominali;
- presenza di sangue nelle vie aeree, con segni di aspirazione bronchiale;
- scarsa congestione pluriviscerale;
- assenza di preesistenti alterazioni anatomo-patologiche significative a carico dei vari organi.

[...] Giova peraltro segnalare come le lesioni cranio-encefaliche riscontrate abbiano determinato la morte del soggetto nel lasso di tempo di alcuni minuti, in modo diretto ed esclusivo prescindendo da qualsiasi ipotetica altra lesione, presente a livello toraco-addominale e dovuta a fenomeni compressivi e/o contusivi da arrotamento.¹⁶



Fig. 3 – Scontri G8 di Genova: Giuliani giace a terra poco dopo essere stato ferito da un colpo di pistola.

¹⁶ Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova proc. n. 13021/01121: Consulenza tecnica di Carlo Giuliani, 21 Luglio 2001.

Le gravi lesioni encefaliche riportate dal colpo di pistola probabilmente sarebbero state incompatibili con la vita, tuttavia un soccorso tempestivo avrebbe potuto spostare l'attenzione su una possibile donazione di organi.

Il 2 febbraio 2007 venne coniata l'espressione giornalistica "scontri di Catania" ad indicare gli episodi scoppiati tra le forze dell'ordine e un gruppo di circa 250 ultras catanesi, al termine dell'incontro di calcio tra la squadra locale e il Palermo. Gli scontri sono costati la vita all'Ispettore Capo della Polizia di Stato Filippo Raciti.

Il "Giornale" del 5 febbraio 2007 scrive così:

"Catania - Ore 11,30, nella piccola stanza al piano terra della Procura della Repubblica di Catania, il procuratore aggiunto Renato Papa svela i primi risultati dell'esame medico legale eseguito dal dottor Giuseppe Ragazzi sulla salma di Filippo Raciti, l'ispettore capo di 38 anni della Questura di Catania ucciso nel corso dei disordini scoppiati durante e dopo il Catania-Palermo. [...] Sarebbe stata un'emorragia al fegato a determinare la morte del poliziotto catanese e non l'esplosione di una bomba carta. «L'autopsia - ha detto il magistrato - ci spiega che Raciti ha subito un trauma addominale e fratture multiple del fegato, compatibili con un colpo contundente di importante adeguatezza lesiva». [...] il poliziotto potrebbe essere stato colpito diversi minuti prima che stramazasse al suolo privo di sensi."¹⁷

Anche in questo caso il ritardo del soccorso, impossibilitato dall'evidente insicurezza della scena per gli operatori sanitari standard, ha provocato la morte di un ragazzo di 38 anni per emorragia. Potremmo allora rendere il Servizio Emergenza Urgenza 118 competitivo ed efficace in ogni circostanza e in qualunque condizione? Io credo proprio di sì.

¹⁷ <http://www.ilgiornale.it/news/lautopsia-raciti-ucciso-colpo-fegato-alle-12-esequie.html>



Fig. 4 – 16 Novembre 2012: i violenti scontri di Palermo tra Forze dell’Ordine e studenti.

L'Associazione Scientifica Anti Crimine è l'unica che in Italia ha promosso un progetto TEMS con la realizzazione di un corso specifico della durata di due giorni, al quale ho avuto modo di partecipare nel novembre scorso, con professionisti appartenenti al soccorso extra-ospedaliero 118 e delle forze dell'ordine atto a focalizzare l'attenzione sui seguenti aspetti formativi:

- Acquisire capacità di analisi critica operativa in eventi a rischio.
- Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in merito all'equipaggiamento operativo.
- Acquisire una metodologia operativa di approccio in sicurezza alla scena.
- Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti relativi alla metodologia di gestione e organizzazione dell'evento tattico in ambito civile.

- Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in merito all'utilizzo degli strumenti atti a garantire assistenza adeguata agli infortunati in situazioni di emergenza tattica.

L'obiettivo principale che si pone il progetto TEMS dell'A.S.A.C. è dunque quello di avvicinare il mondo del soccorso pre-ospedaliero agli aspetti peculiari di questa recente specialità. Attualmente manca al personale sanitario qualsiasi nozione di base per questo ambito di applicazione. Il progetto prevede la formazione di team specializzati composti da sanitari e forze dell'ordine, l'utilizzo di presidi non comunemente in uso nel soccorso extra-ospedaliero standard come il tourniquette, il bendaggio israeliano e i pro-coagulanti e di un equipaggiamento tattico composto da una divisa verde con caschetto giubbino multitasche e zaino tattico.

I contesti dove impiegare il team TEMS sono rappresentati, secondo A.S.A.C. da: rimozione-brillamento di ordigni bellici o civili, rapine con sequestri di ostaggi, fabbriche clandestine di sostanze stupefacenti, soggetti psichiatrici armati o sotto effetto di sostanze alteranti, sgomberi e manifestazioni.¹⁸

Il mio obiettivo non è quello di riportare fedelmente ciò che è il TEMS in USA né tantomeno quello di creare un corpo paramilitare del soccorso o un'appendice delle forze di polizia ma analizzare la sua reale ed oggettiva applicabilità nel contesto Italiano. Dimostrare, dunque, che il SSUEm 118 può essere reso capace di operare anche in condizioni ostili, garantendo sempre e ovunque efficacia ed efficienza nel soccorso a chiunque necessiti. Credo infatti sia impossibile e soprattutto inutile sviluppare un sistema TEMS come quello proposto ed attuato negli Stati Uniti in quanto, come abbiamo visto precedentemente, il panorama

¹⁸ http://www.asacitalia.it/ita/soccorso_tattico.asp

criminale italiano è totalmente diverso da quello USA; allo stesso tempo ritengo fondamentale l'impiego di teams TEMS solo nelle attività a tutela dell'ordine pubblico che rivestono peraltro un ruolo cardine della sicurezza nel nostro Paese.

Come?

L'utilizzo delle linee guida del Tactical Combat Casualty Care, che sono le uniche al Mondo a trattare la "cura" in ambiente ostile, sono il punto di partenza. Il TCCC infatti prevede un approccio al malato in base alle zone di intervento, molto semplice ed immediato, così suddiviso:

- Care Under Fire – Zona Calda dove l'approccio è diretto e immediato e altamente rischioso; il principale intervento sarà l'evacuazione rapida o scoop and run;
- Tactical Field Care – Zona Tiepida dove si ha maggior tempo di intervento rispetto alla Zona Calda e l'approccio iniziale sarà la valutazione dell'XABC:
 - ⇒ eXsanguinating hemorrhage control: trattamento delle emorragie (solitamente emorragie degli arti) con bendaggi, tourniquette o pro-coagulanti.
 - ⇒ A (Airways): mantenimento della pervietà delle vie aeree con posizione laterale di sicurezza, cannula naso-faringea nel paziente incosciente o intubazione con presidio sovra-glottico.
 - ⇒ B (Breathing): valutare l'utilizzo di medicazioni di Asherman per PNX a valvola e decompressione con agocannula per PNX iperteso.
 - ⇒ C (Circulation): valutazione dello shock ed eventuale reperimento di accesso venoso o intraosseo.
- Tactical Evacuation – Zona Fredda dove si dispone del servizio extra-

ospedaliero convenzionale.¹⁹

Le linee guida del TCCC prevedono, in Zona Calda, il solo allontanamento del ferito in zona sicura senza nessun tipo di intervento sanitario. Ne risulta come sarebbe inutile e sprecato utilizzare una risorsa fondamentale come quella dell'infermiere in questo contesto dove potrebbe intervenire personale delle forze dell'ordine con preparazione di soccorso di base. Inoltre, i servizi di ordine pubblico sono eventi dinamici dove è facile e rapido un cambiamento delle zone di intervento. Per questo motivo la dislocazione più idonea del team TEMS potrebbe essere in Zona Tiepida, che rappresenta il collegamento tra Zona Calda e Zona Fredda e dove è possibile iniziare una prima rapida valutazione e un primo intervento di tipo sanitario. Soprattutto, gli infermieri TEMS rappresenterebbero, in contesti così mutevoli, gli occhi della Centrale Operativa; potrebbero, infatti, coordinare direttamente dal luogo dell'evento la disposizione dei soccorsi ricollocando, per esempio, la posizione dei mezzi dislocati in Zona Fredda, o richiedere l'invio di mezzi ALS o BLS o, ancora, comunicare una stima del numero di feriti in caso di scontri.

La scelta dell'equipaggiamento operativo non è difficile: a differenza delle zone di conflitto dove l'uniformità e la mimetizzazione rappresentano una sicurezza per gli operatori contro il fuoco nemico, al contrario, gli infermieri del team TEMS devono risultare facilmente identificabili da tutti. Il compito è, infatti, quello di garantire il soccorso immediato in zona ostile a chiunque necessiti e pertanto le divise in uso al SSUEm 118 ricoprirebbero tale scopo. Unica differenza dall'equipaggiamento convenzionale, sarebbe l'utilizzo di corpetti, ginocchiere,

¹⁹ Tactical Combat Casualty Care Guidelines, United States Army Institute of Surgical Research, 2010

caschi con visiera e maschere anti gas lacrimogeni, per garantire la protezione individuale degli operatori. Viceversa l'equipaggiamento sanitario dovrà, ovviamente, essere ridotto al minimo per non compromettere la libertà di movimento dell'operatore.

Personale sanitario armato oppure no? Alcuni sindacati di polizia propongono, durante i servizi di ordine pubblico, l'abbandono delle pistole di ordinanza e l'utilizzo di armi non letali o l'utilizzo di fondine interne per preservare gli operatori da possibili tentativi di sottrazione. Pertanto credo sia assurdo pensare di armare o addestrare al maneggiamento delle armi gli infermieri del team TEMS facendogli mantenere, invece, l'esclusivo ambito sanitario.

Infine il reclutamento del personale e la formazione.

In Italia sarebbero già esistenti Corpi sanitari appartenenti alle forze di polizia e alle forze armate. Basti pensare al Corpo di Sanità dell'Esercito, al quale fa parte anche la componente militare della Croce Rossa Italiana, che con personale effettivo e volontario, si occupa di interventi sanitari in teatri operativi come la gestione degli ospedali da campo sia in missioni militari che in caso di calamità. Partecipa come supporto sanitario alle esercitazioni di tiro e supporta il personale EOD in caso di detonazione o brillamento di ordigni esplosivi sia per il personale militare che delle forze di polizia.²⁰

Ancora il Corpo Sanitario della Polizia di Stato, che non riveste una funzione operativa bensì di medicina del lavoro e di consulenza legale.²¹

²⁰ <http://cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/152>

²¹ D.P.R. 24 aprile 1982, n. 338 Ordinamento dei ruoli professionali dei sanitari della Polizia di Stato Pubblicato nella Gazz. Uff. 10 giugno 1982, n. 158, S.O.

In entrambi i casi, il personale sanitario viene formato ed addestrato come gli altri componenti del Corpo e questo li avvantaggia sul piano delle competenze tattiche. Allo stesso tempo però non hanno la possibilità di mantenere un adeguato training in manovre che richiedono un elevato livello di abilità sanitarie nel soccorso extra-ospedaliero proprio per le caratteristiche dei loro servizi.

Questo potrebbe farci pensare ad una trasformazione del concetto di TEMS ed in particolare di “Tactical Medic”: infatti, personale sanitario afferente dal 118, che quotidianamente affronta l'emergenza e l'urgenza applicando i protocolli ALS e ATLS e quindi con un ottima preparazione sanitaria, potrebbe essere formato tatticamente con programmi periodici di addestramento con le forze dell'ordine, invertendo il concetto in “Medic Tactical” così come sostenuto anche dall'Associazione Scientifica Anti Crimine.

Gli infermieri, inoltre, dovranno rispondere a requisiti fisici e psicologici specifici nonché essere atleticamente preparati.

Ma a chi competerebbe l'attivazione del servizio TEMS?

Credo che il team TEMS debba essere un servizio sanitario specializzato a disposizione dei Comandanti del Reparto Mobile che ne fanno anticipata richiesta alla Centrale Operativa, sulla base delle reali complicità di ogni servizio di ordine pubblico e della loro potenziale evoluzione; i Comandanti del Reparto Mobile, infatti, sanno con esattezza il numero di personale delle forze di polizia in servizio, la loro dislocazione strategica, le difficoltà operative, logistiche, e di intervento di ogni missione. A Modena l'A.S.A.C. ha cominciato un percorso di integrazione tra forze di polizia e personale sanitario 118 in alcune manifestazioni di ordine pubblico. Penso che però un progetto così ambizioso in Italia vada

applicato in città ad alto tasso di popolazione, socialmente e politicamente attive come Milano, Roma, Napoli dove il numero di servizi è alto e in crescente aumento, così da poter avere un riscontro su efficacia ed efficienza con numeri statisticamente significativi. Nel corso dell'audizione presso la I^a Commissione (Affari costituzionali, della Presidenza del Consiglio e Interni) della Camera dei Deputati del 6 Dicembre 2012, il SIAP (Sindacato Italiano Appartenenti Polizia) e l'Associazione Nazionale Funzionari di Polizia hanno evidenziato l'importanza di una modernizzazione dei Reparti “anti-sommossa” proprio per il confronto sempre più frequente di scontri violenti con i manifestanti. Credo che si possa partire proprio da questa proposta e considerare il rafforzamento dei Reparti dedicati all’ordine pubblico anche l’inserimento di infermieri debitamente addestrati tatticamente a garanzia della sicurezza sanitaria degli agenti e dei manifestanti direttamente nelle zone critiche.

CONCLUSIONE

Il concetto di TEMS viene supportato da numerose organizzazioni internazionali e richiede un notevole sforzo di aggregazione per compiti, conoscenze, abilità altamente specializzate. Rappresenta un aspetto innovativo ed estremo della medicina d'emergenza in fase pre-ospedaliera che garantisce però un soccorso efficiente e tempestivo in qualunque condizione. Sebbene i dati derivanti dall'impiego del TEMS negli Stati Uniti siano incoraggianti, risulta difficile una loro collocazione negli scenari operativi italiani così come concepito negli USA. Il loro impiego in Italia troverebbe facile applicazione negli eventi di ordine pubblico, in drastico aumento negli ultimi anni, legati soprattutto all'attuale crisi sociale, economica e politica in cui versa il nostro Paese. Le manifestazioni di piazza rappresentano oggi giorno un facile innesco a tafferugli e scontri con le forze di polizia. Sono sotto gli occhi di tutti le sempre più frequenti degenerazioni di protesta, innumerevoli le scene di violenza che turbano l'ordine e la sicurezza pubblica in forma assai grave ed in ogni parte d'Italia, spesso con azioni di vera e propria guerriglia urbana. Obiettivo del TEMS è quello di ridurre la morbilità e la mortalità degli agenti in servizio, dei manifestanti e delle vittime innocenti garantendo un soccorso immediato in ambiente ostile. Si verrebbe a creare così una rete di operatori sanitari prontamente reperibili sul territorio impiegabili sia negli interventi sanitari quotidiani che nelle missioni tattiche. Un progetto ambizioso rafforzato dall'elevato e progressivo incremento del numero di feriti, più o meno gravi, durante le manifestazioni di piazza e dal crescente aumento di eventi che riuniscono un cospicuo numero di persone, pensiamo ad esempio al

prossimo EXPO 2015 a Milano. Qualsiasi evento pubblico che concentra un numero elevato di persone, infatti, possiede il potenziale per generare scontri ed uso della forza.

BIBLIOGRAFIA

- Giorgio Cosmacini, Guerra e Medicina, Editori Laterza, Roma 2011 pp. 48-66-105-147.
- Kolman JA, Charles C. Thomas, A guide to the development of special weapons and tactics teams, Springfield, IL, 1982.
- Heiskell L., Carmona R., Tactical Emergency Medical Services: an emerging subspecialty of Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine* Vol 23, n. 4, pp. 778-785, 1994.
- Jones JS, Reese K., Kenepf G., Krohmer J., Into the fray: integration of Emergency Medical Services and Special Weapons and Tactics (SWAT) teams, *Prehospital and Disaster Medicine*, 1996.
- Lavery RF, Addis MD, Doran JV, Corrice MA, Tortella BJ, Livingston DH, Taking Care of the “Good Guys”: a Trauma Center-Based model of medical support for tactical law enforcement, *J. Trauma*, 2000.
- Joseph j. Heck DO, Guillermo Pierluisi MD, Law Enforcement Special Operations Medical Support, *Prehospital Emergency Care*, vol. 5 n. 4, 2001.
- Kathy J. Rinnert, MD, MPH, William L. Hall, MD, Tactical Emergency Medical Support, *Emerg. Med. Clin. N. Am.* 20, 2002.
- Carmona R, Inside the perimeter: TEMS transitioning into the new millennium, *The Tactical Edge*, 2002.
- Sztajnkrzyca MD, Callaway DW, Baez AA: Police officer response to the injured officer: A survey-based analysis of medical care decisions. *Prehosp. Disaster. Med.*, 2007.

- Gildea JR, Janssen AR: Tactical emergency medical support: Physician involvement and injury patterns in tactical teams. J. Emerg. Med., 2008.
- Prehospital Trauma Life Support, Civilian Tactical Emergency Medical Support (TEMS), cap 23, pp. da 580 a 589, 2010.
- Tactical Combat Casualty Care Guidelines, United States Army Institute of Surgical Research, 2010.
- Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova Proc. n. 13021/01121: Consulenza tecnica di Carlo Giuliani, 21 Luglio 2001.
- D.P.R. 24 aprile 1982, n. 338 Ordinamento dei ruoli professionali dei sanitari della Polizia di Stato Pubblicato nella Gazz. Uff. 10 giugno 1982, n. 158, S.O..
- Audizione del Siap e dell'ANFP I^ Commissione Affari Costituzionali, della Presidenza del Consiglio e Interni – Camera dei Deputati, 6 Dicembre 2012.

SITI INTERNET

- Angelo Nataloni, Sanità Militare: dalla bestialità umana all'umanità,
<http://www.arsmilitaris.org>
- <http://www.sanniti.info/livio9.html>
- <http://www.romanoimpero.com/2009/06/medicina-romana.html>
- http://www.brunero.it/pa_finale/1797.htm
- http://www.trutv.com/library/crime/notorius_murders/mass/whitman/index_1.html

- <http://www.naemsp.org>
- <http://www.nationmaster.com/graph/crime/crime-murders-per-capita>
- http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/14/0900_rapporto_criminalita.pdf
- <http://www.ilgiornale.it/news/la-autopsia-raciti-ucciso-colpo-fegato-alle-12-esequie.html>
- <http://cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/152>
- http://www.asacitalia.it/ita/soccorso_tattico.asp
- www.asacitalia.it/images/downloads/documenti/.../Atti_PIACENTINI.pdf