bombers

MAN.SANI.001
V.1

SGO

Intervenció bàsica en incidents de múltiples víctimes

Manual Operatiu

Generalitat de Catalunya

Control de versions

Versió	
01	**Unitat redactora:** DGPEIS - ISPC
	Data de redacció de la versió: 01/02/2026
	Canvis: Redacció inicial del document

Índex

1. Introducció ... 3
1.1. Què és un incident de múltiples víctimes (IMV)? ... 3
1.2. Quan parlem d'IMV, a què ens referim? ... 3
1.3. Rellevància operativa per als bombers ... 3
1.4. Objectiu de la intervenció ... 4
1.5. Tipus d'incidents de múltiples víctimes ... 4
1.6. Classificació dels IMV segons la causa ... 5
1.7. Altres consideracions importants ... 8
2. Classificació i triatge START ... 8
2.1. El concepte de triatge ... 8
2.2. El triatge bàsic: mètode START ... 9
2.2.1. Característiques principals del triatge bàsic START ... 9
2.2.2. Els paràmetres del mètode START ... 9
2.2.3. Codis de color i categoria de les víctimes ... 10
2.2.4. Sistemes d'etiquetatge ... 11
2.3. El triatge avançat: sistema META ... 11
2.4. Casos pràctics de classificació de víctimes ... 12
2.5. Altres mètodes de triatge ... 13
2.5.1. Classificació dels mètodes segons la seva operativitat ... 13
2.5.2. Comparació resumida de diferents mètodes de triatge ... 14
3. Organització de la intervenció ... 15
3.1. Activació del procediment ... 15
3.2. La cèl·lula d'avaluació ... 15
3.3. Determinació del comandament operatiu ... 16
3.4. Zonatge de seguretat i Àrea General d'Operacions ... 16
3.5. L'Àrea sanitària ... 18
3.6. El Centre de Comandament Avançat (CCA) ... 18
3.7. Evacuació i distribució hospitalària ... 19
3.8. Filiació de víctimes ... 19
4. Seguretat ... 20
4.1. Avaluació inicial del risc ... 20
4.2. Control del perill causant de l'IMV ... 20
4.2.1. Quan hi ha sospita d'il·lícit penal ... 21
4.2.2. Quan el perill és d'origen ambiental, estructural o tecnològic ... 21
4.3. Equipament de protecció i protocols ... 21
4.4. Prevenció del desgast físic i emocional ... 22

En aquest text, per a les referències fetes a col·lectius, s'ha utilitzat el masculí amb valor genèric

1. Introducció

1.1. Què és un incident de múltiples víctimes (IMV)?

Un incident de múltiples víctimes (IMV) és una situació d'emergència que desborda la capacitat assistencial local. Aquesta desproporció es produeix quan les necessitats sanitàries de les víctimes superen els recursos disponibles per atendre-les en un temps útil, tant pel que fa a mitjans materials (ambulàncies, lliteres, equips mèdics) com personals (sanitaris, bombers, policies).

És important entendre que el concepte d'IMV no depèn exclusivament del nombre de víctimes o afectats, sinó de la relació entre aquestes i els recursos presents o disponibles en aquell moment.

Segons el Protocol d'Atenció a les Persones davant Emergències Greus a Catalunya (APCAT), es considera un IMV quan es donen com a mínim un nombre de víctimes reals o potencials de:

- 6 o més víctimes greus o mortals.
- 10 o més víctimes que requereixen trasllat hospitalari.

1.2. Quan parlem d'IMV, a què ens referim?

Un incident de múltiples víctimes presenta quatre característiques fonamentals:

- Es tracta de situacions amb un nombre important de víctimes i afectats.
- L'escenari està situat en un entorn geogràfic limitat, és a dir, no es tracta d'una catàstrofe que afecti un territori ampli o una regió sencera.
- Les estructures socials i assistencials es troben en una situació de normalitat. És a dir, no estem en una situació de guerra, pandèmia descontrolada o col·lapse general.
- En el moment inicial, el risc està descontrolat o mal definit, i pot evolucionar de manera imprevisible.

Aquestes característiques ajuden a distingir un IMV d'altres tipus d'emergències més globals o més localitzades, però amb impacte menor.

1.3. Rellevància operativa per als bombers

Els cossos de bombers tenen un rol essencial en la gestió dels IMV. Més enllà del rescat, tenen funcions crítiques com:

- Garantir la seguretat estructural i operativa de l'escenari
- Fer la valoració inicial de l'escenari i activar el procediment, si escau

- Liderar la cèl·lula d'avaluació inicial en casos de risc per als intervinents, juntament amb el SEM i cossos de seguretat
- Establir el zonatge operatiu i delimitar la zona calenta, tèbia i freda (a excepció dels casos d'il·lícit penal)
- Decidir la ubicació del Centre de Comandament Avançat (CCA)

Els IMV posen a prova la capacitat de decisió, la gestió d'escenaris complexos i la coordinació interinstitucional. Per això, la capacitació i l'entrenament específic són fonamentals.

1.4. Objectiu de la intervenció

En un IMV, no es tracta de salvar cada víctima per separat, sinó de prendre decisions que permetin obtenir el benefici més gran per al major nombre de persones.

Això vol dir:

- Prioritzar qui rep assistència i quan
- Classificar les víctimes segons la seva gravetat (triatge)
- Aplicar maniobres salvadores només quan són realment necessàries
- No comprometre recursos en casos en què no es pugui obtenir un benefici real

Aquesta filosofia operativa, compartida internacionalment, busca maximitzar el rendiment dels recursos i minimitzar les conseqüències globals de l'emergència, dins d'una gestió integrada i coordinada.

Els IMV exigeixen una resposta coordinada entre diversos cossos:

- Els bombers actuen com a operatiu de referència a la majoria d'escenaris accidentals, liderant l'estabilització inicial i el control del perill.
- El Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) lidera l'atenció sanitària i l'evacuació de ferits.
- El Cos de Mossos d'Esquadra o policies locals assumeixen la seguretat, el control d'accessos i, en casos penals, el comandament operatiu.

La col·laboració entre serveis es basa en protocols preestablerts com l'APCAT i el triatge START. Aquesta coordinació permet transformar un escenari inicialment caòtic en una intervenció estructurada i efectiva.

1.5. Tipus d'incidents de múltiples víctimes

Els incidents de múltiples víctimes poden tenir orígens molt diversos, però tots tenen en comú un fet clau: la presència de moltes persones afectades en un espai i temps concrets, que fa que la resposta sanitària i operativa habitual sigui insuficient. Quan es produeix

aquesta desproporció entre les necessitats d'atenció i els recursos disponibles, cal activar una resposta coordinada i especialitzada.

Entendre els tipus d'incidents que poden generar múltiples víctimes és essencial per als equips de bombers. Conèixer les tipologies, els escenaris més habituals i les seves característiques ajuda a anticipar necessitats, riscos i decisions tàctiques. A més, millora la comunicació i la coordinació entre cossos operatius durant les primeres fases de la intervenció.

1.6. Classificació dels IMV segons la causa

Hi ha moltes maneres de classificar els IMV, però des d'un punt de vista operatiu és útil fer-ho segons el tipus d'incident que els provoca. A continuació es descriuen les tipologies principals, amb exemples reals:

a) Accidents en mitjans de transport col·lectiu

Aquest tipus d'incidents es produeix quan hi ha un accident greu que afecta vehicles amb moltes persones a bord. Pot ser un autobús, un tren, un avió, un vaixell o fins i tot diversos turismes implicats en un accident múltiple.

Un exemple destacat és l'accident d'autocar ocorregut a Pineda de Mar, el juliol de 2024, amb 55 ocupants, on diverses persones van resultar ferides de diversa consideració. Aquests tipus d'incidents acostumen a generar escenaris caòtics, amb ferits de diversa gravetat, dificultat d'accés i risc afegit (fuites, incendis, inestabilitat estructural...)



Accident a la C-32, Pineda de Mar (2024)

b) Emergències en àrees de pública concurrència i via pública

Aquesta categoria inclou emergències en llocs amb molta gent: concerts, fires, festivals, carrers comercials, locals nocturns o actes esportius. El risc pot ser per un incendi, una allau humana, una explosió o un atropellament.

N'és un exemple l'allau humana durant una macrofesta de Halloween al Madrid Arena l'any 2012, on van perdre la vida cinc noies i desenes de persones van resultar ferides de diversa consideració.

c) Emergències estructurals i tecnològiques

Aquí s'inclouen explosions, incendis, ensorraments o altres incidents que afecten edificis, fàbriques o instal·lacions industrials. Aquests escenaris poden estar relacionats amb gasos, productes químics, sistemes elèctrics o estructures defectuoses.

Els bombers hi tenen un paper central ja que cal accedir a l'interior, fer recerques tècniques, establir zones segures i garantir la integritat dels equips i víctimes. El risc de col·lapse, d'atrapaments i d'explosions secundàries sol ser alt.



Incendi nau industrial a Badalona (2020)

d) Catàstrofes naturals amb afectació humana directa

Tot i que habitualment associem les catàstrofes naturals a escenaris amplis i difusos, moltes vegades poden generar incidents concrets amb múltiples víctimes en un punt localitzat. Per exemple, un despreniment de terra que sepulta un càmping, una allau que afecta un refugi, una inundació sobtada que atrapa un grup de persones en un túnel o una ventada que provoca la caiguda d'estructures sobre una concentració de gent.

En aquests casos cal actuar amb rapidesa, però també amb molta precaució perquè el risc no sempre està estabilitzat. La meteorologia, el terreny i la previsió de rèpliques poden complicar molt les maniobres de rescat.



Inundacions riu Francolí (2019)

e) Incidents intencionats amb finalitats delictives o terroristes (il·lícit penal)

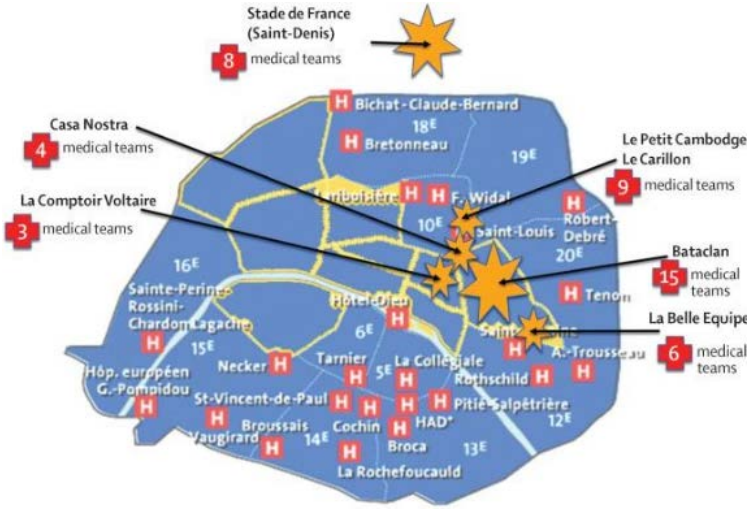
Són incidents provocats per accions humanes amb voluntat de causar dany massiu: atemptats, tiroteigs, explosions, enverinaments col·lectius, etc. En aquests casos, la intervenció ha de contemplar des del primer moment, el risc actiu: la presència de persones armades, explosius secundaris o substàncies tòxiques.

L'actuació operativa està molt condicionada per la seguretat, i en aquests casos és el cos policial qui assumeix el lideratge de la intervenció. Els bombers poden tenir un paper de suport, però només actuen un cop l'escenari és segur o sota indicacions estrictes.

L'atemptat a La Rambla de Barcelona l'any 2017 i els atemptats de Paris del 2015 en són uns exemples clars. En pocs minuts, desenes de persones van resultar ferides o van morir. Aquest tipus d'incidents acostumen a generar una gran alarma social, presència massiva de testimonis i complexitat mediàtica.



Atemptat a la Rambla de Barcelona (2017)



Plànol de París, amb els hospitals i els IMVs (2015)

1.7. Altres consideracions importants

No tots els IMV són iguals, encara que tinguin causes similars. Hi ha elements addicionals que poden influir molt en la manera d'actuar:

- La franja horària i les condicions meteorològiques poden dificultar o facilitar l'actuació.
- El perfil de les víctimes (infants, gent gran, persones amb mobilitat reduïda o discapacitats) pot condicionar les prioritats d'atenció.
- Alguns IMV poden tenir més d'un escenari actiu (per exemple, diversos punts amb víctimes després d'un atac coordinat).
- Hi pot haver implicacions emocionals i socials intenses, com passa en casos amb víctimes menors o estrangers, o quan l'incident té molta cobertura mediàtica.

Per tots aquests motius, és fonamental que els bombers tinguin coneixement dels diferents tipus d'IMV, però sobretot que desenvolupin una mirada flexible i adaptativa. Cada incident és únic, i caldrà avaluar-lo amb rapidesa però amb criteri, per garantir una resposta efectiva i segura.

2. Classificació i triatge START

2.1. El concepte de triatge

En una situació amb múltiples víctimes, els recursos sanitaris disponibles no permeten atendre tothom alhora amb el mateix nivell d'atenció. Per això, cal aplicar un procediment de classificació ràpida de les víctimes, segons el seu estat i les seves necessitats prioritàries. Aquest procés s'anomena triatge.

L'objectiu del triatge és obtenir el màxim benefici possible per al major nombre de persones, establint qui ha de rebre atenció immediata, qui pot esperar, i qui, malauradament, no té cap possibilitat real de supervivència.

El triatge es fa en diverses fases i pot ser aplicat tant per personal sanitari com no sanitari, sempre que conegui la metodologia. Els bombers, com a primeres unitats d'intervenció, poden ser responsables d'aplicar el triatge bàsic.

2.2. El triatge bàsic: mètode START

El mètode START (Simple Triage And Rapid Treatment) és una eina de triatge reconeguda internacionalment. Està pensat per a ser utilitzat de forma ràpida i senzilla, especialment en els primers moments d'un incident amb múltiples víctimes. No exigeix coneixements mèdics avançats i pot ser aplicat per personal operatiu com bombers o policies formats en emergències.

2.2.1. Característiques principals del triatge bàsic START

- Ha de ser ràpid i funcional: el temps màxim recomanat és d'1 minut per víctima.
- No es valoren lesions específiques, sinó funcions vitals bàsiques: respiració, circulació i estat mental.
- Només es poden fer dues maniobres salvadores durant el triatge:
  - Obrir la via aèria
  - Controlar una hemorràgia externa greu
- Es pot aplicar per personal sanitari o no sanitari.
- En cas de dubte, es classifica amb el color de prioritat superior per evitar infravaloracions.
- Les víctimes són etiquetades amb cintes o targetes de triatge amb el color corresponent.

2.2.2. Els paràmetres del mètode START

El triatge START es basa en una sèrie de preguntes senzilles i observacions ràpides:

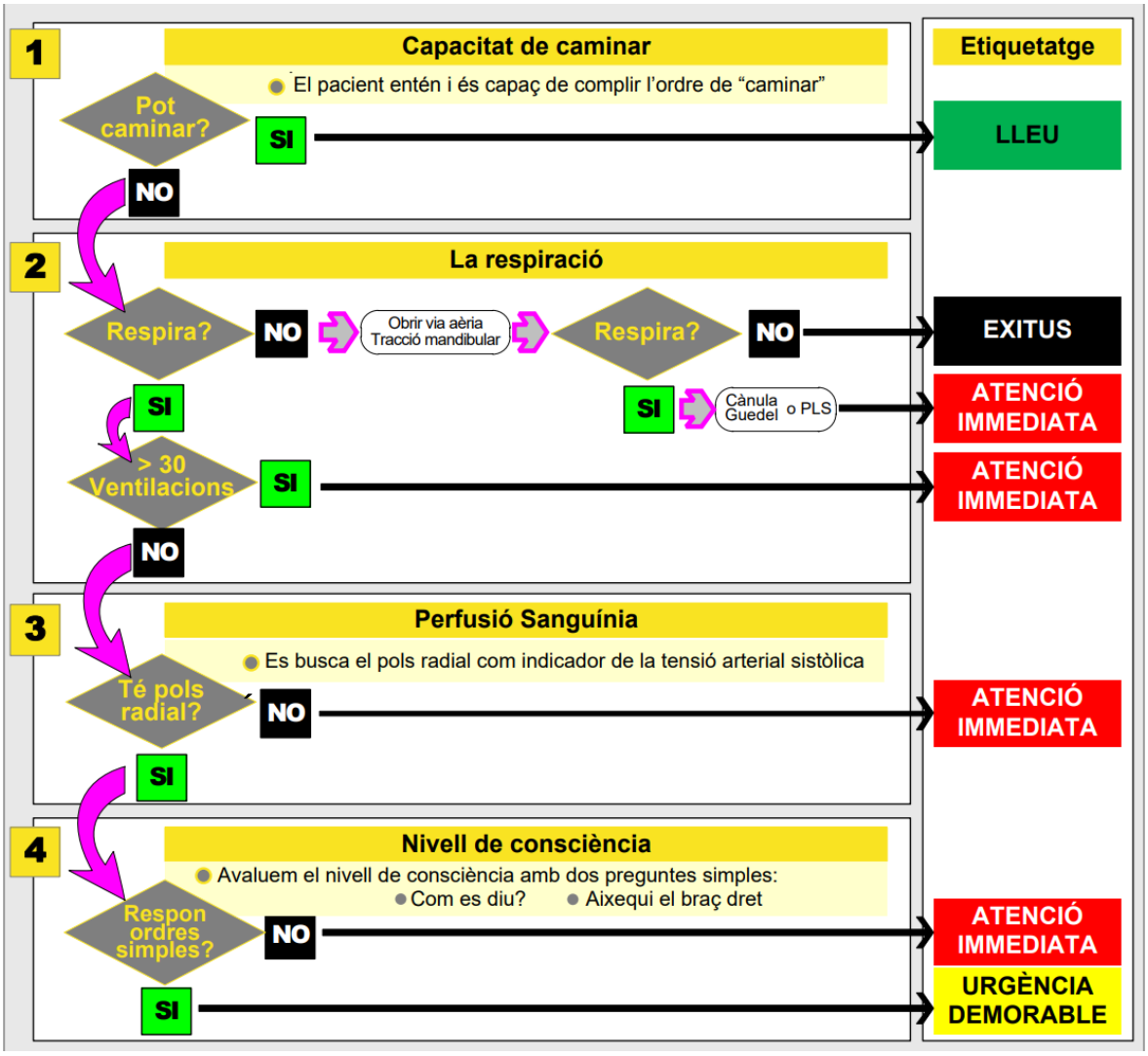
1. **Camina?**
   - Si la víctima pot caminar, se la considera lleu i se l'etiqueta com a **VERDA (prioritat 3)**.
   - Se la dirigeix a un punt segur i es continua amb la resta de víctimes.
2. **Respira?**
   - Si no respira, s'intenta obrir la via aèria.
     - Si no respira després d'obrir-la: **NEGRE (prioritat 4)**.
     - Si respira després d'obrir-la: **VERMELL (prioritat 1)**.
   - Si respira espontàniament, es mesura la freqüència respiratòria:
     - Més de 30 respiracions per minut: **VERMELL**.
     - Menys de 30: pas següent.
3. **Perfusió (pols radial)**
   - Si no hi ha pols radial: **VERMELL**.

- Actualment s'aconsella utilitzar el pols radial en comptes del reompliment capilar perquè és més objectiu i menys influenciat per les condicions externes.

o Si el pols és normal: pas següent.

4. Estat mental

o Si la víctima no pot seguir ordres simples o està confusa: **VERMELL**.
o Si pot seguir ordres: **GROC (prioritat 2)**.



Classificació de víctimes segons el triatge START

2.2.3. Codis de color i categoria de les víctimes

Les víctimes s'etiqueten segons el seu nivell de gravetat, utilitzant cintes de colors o targetes normalitzades. A Catalunya, s'utilitza la següent codificació:

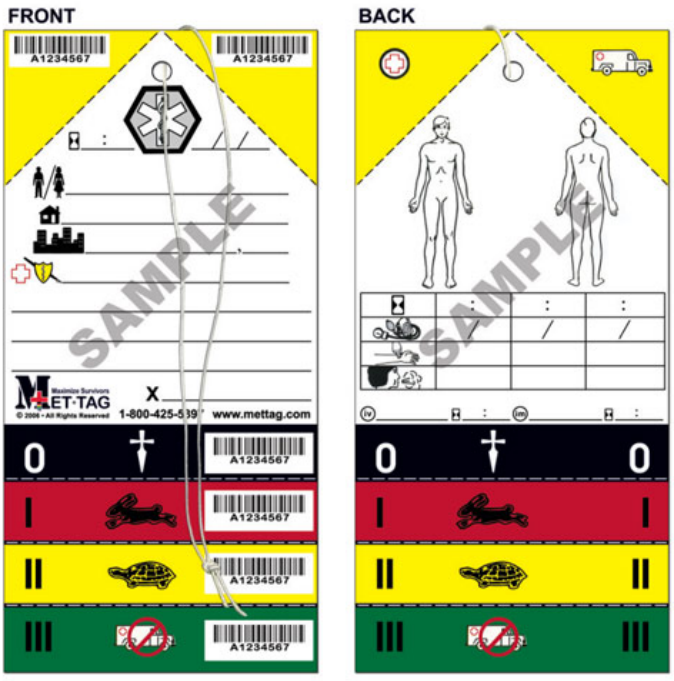
- **Vermell (Prioritat 1)**: víctimes crítiques però amb possibilitat de supervivència si reben assistència immediata.
- **Groc (Prioritat 2)**: víctimes greus però que poden esperar un temps limitat abans de rebre assistència.
- **Verd (Prioritat 3)**: víctimes amb lesions lleus o ferides que poden esperar o rebre atenció ambulatòria.
- **Negre (Prioritat 4)**: víctimes sense senyals vitals o amb lesions incompatibles amb la vida.

2.2.4. Sistemes d'etiquetatge

Les víctimes s'identifiquen mitjançant:

- **Cintes de colors** col·locades al canell, turmell o visible al cos.
- **Targetes de triatge**, que poden incloure dades addicionals com:
  - Hora i lloc del triatge.
  - Signes vitals observats.
  - Nom, sexe i edat (si es coneixen).
  - Observacions o maniobres realitzades.

El sistema d'etiquetatge ha de ser visible i entenedor per a tots els operatius presents, i permet garantir la continuïtat assistencial.



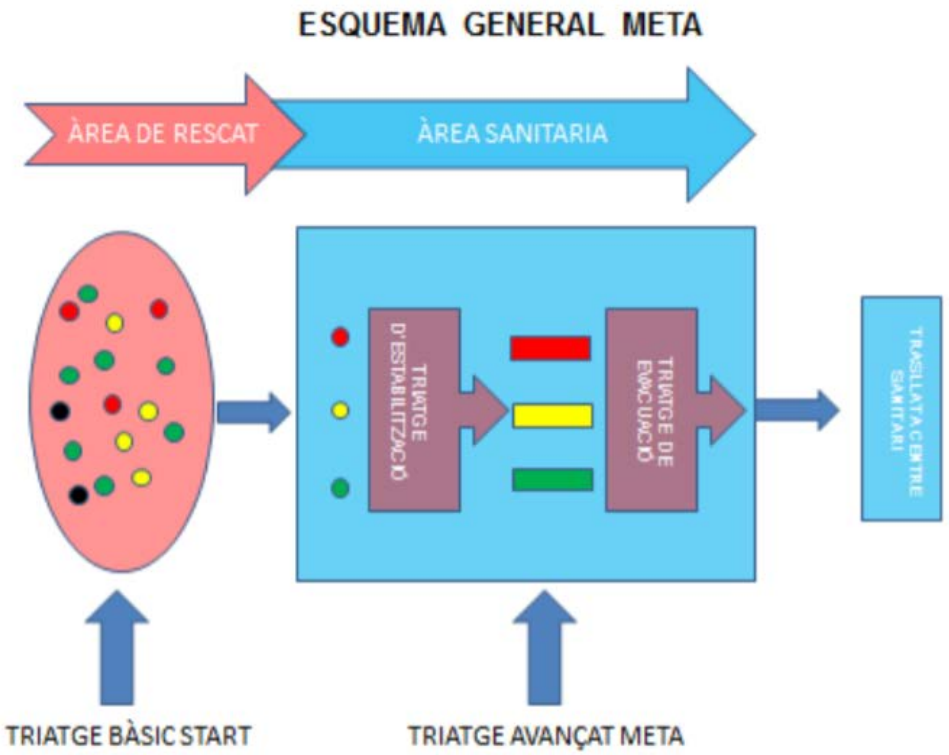
Exemple de targeta de triatge sense barreres lingüístiques.

2.3. El triatge avançat: sistema META

Quan les víctimes arriben a l'Àrea Sanitària, un cop classificades inicialment, es pot dur a terme un triatge avançat, anomenat també sistema META. Aquest triatge és responsabilitat del personal mèdic i busca afinar la classificació inicial per tal d'establir prioritats:

- Estabilització mèdica immediata
- Assignació de recursos específics
- Ordre i destinació en l'evacuació hospitalària

A diferència del triatge START, el sistema META té en compte diagnòstics mèdics, valoracions detallades i necessitats terapèutiques.



Esquema triatge Bàsic Start i triatge Avançat Meta

2.4. Casos pràctics de classificació de víctimes

A continuació es presenten diversos casos pràctics per ajudar a entendre l'aplicació real del mètode de triatge START. En tots els casos es parteix d'un context d'incident amb múltiples víctimes i s'assumeix que s'aplica el triatge bàsic en zona segura.

Cas 1: Home jove estirat a terra, respira amb dificultat (40 rpm), té el pols feble i està confús.

- *Classificació*: VERMELL (Prioritat 1)
- *Justificació*: Més de 30 respiracions per minut i estat mental alterat. Necessita assistència immediata.

Cas 2: Dona gran amb ferida sagnant a la cama, està conscient i parla. Té pols radial present i respira a 20 rpm.

- *Classificació*: GROC (Prioritat 2)
- *Justificació*: Les funcions vitals són estables, però la ferida pot requerir tractament urgent. Pot esperar amb vigilància.

Cas 3: Noi adolescent assegut a terra, orientat, pot caminar però diu que té dolor al braç.

- *Classificació*: VERD (Prioritat 3)
- *Justificació*: Pot desplaçar-se pel seu propi peu i té una lesió lleu. No necessita atenció immediata.

Cas 4: Dona inconscient i sense respiració espontània. S'intenta obrir via aèria i continua sense respirar.

- *Classificació*: NEGRE (Prioritat 4)
- *Justificació*: No respira tot i l'obertura de via aèria. Es considera morta o amb lesions incompatibles amb la vida.

Cas 5: Nen petit que plora i s'agafa al bomber. Pot caminar, però té una cremada parcial a la cara.

- *Classificació*: VERD (Prioritat 3), amb observació.
- *Justificació*: Pot caminar, està conscient i amb funcions vitals estables. La cremada es valorarà posteriorment. Cal assegurar seguiment mèdic si és un menor.

Cas 6: Home adult que no respon a ordres verbals, però respira a 28 rpm i té pols.

- *Classificació*: VERMELL (Prioritat 1)
- *Justificació*: No segueix ordres simples (estat mental alterat). Encara que les constants siguin normals, aquest criteri ja indica prioritat alta.

Cas 7: Dona estirada, respira a 22 rpm, pols absent al canell, però està conscient.

- *Classificació*: VERMELL (Prioritat 1)
- *Justificació*: Perfusió deficient (no hi ha pols radial), indicatiu de xoc. Cal atenció immediata.

2.5. Altres mètodes de triatge

El mètode START és el més utilitzat pels serveis d'emergència a Catalunya en les primeres fases d'un incident de múltiples víctimes. Però no és l'únic sistema existent. A escala internacional i en funcions específiques (militars, hospitalàries o d'atenció pediàtrica), s'han desenvolupat altres mètodes que poden adaptar-se millor a determinades situacions.
Conèixer-ne les característiques bàsiques ajuda a entendre els criteris generals del triatge i millora la capacitat d'adaptació dels operatius en escenaris especials o internacionals.

2.5.1. Classificació dels mètodes segons la seva operativitat

Els sistemes de triatge es poden agrupar en tres grans categories:

a) Mètodes funcionals

- Es basen únicament en la valoració de les funcions vitals (respiració, pols, estat mental).
- Són ràpids i senzills, pensats per aplicar-se en pocs segons.
  Exemples: **START**, **CareFlight (Austràlia)**.
- Són útils en la fase inicial, però poden ser imprecisos en casos clínicament complexos.

b) Mètodes basats en lesions

- Tenen en compte el tipus i gravetat de les lesions (traumatisme, cremades, hemorràgies...)
- Són més precisos, però requereixen més temps i coneixement mèdic.
- S'utilitzen habitualment en fase hospitalària o en triatge avançat.
- Exemples: **TSI (Trauma Severity Index)**, **Triage Revised Trauma Score (RTS)**.

c) Mètodes mixtos

- Combinen funcions vitals i tipus de lesions, intentant mantenir una aplicació ràpida però més precisa.
- Exemples: **SALT (Sort, Assess, Lifesaving Interventions, Treatment/Transport)**, que incorpora passos estructurats amb opcions de tractament durant el triatge.

2.5.2. Comparació resumida de diferents mètodes de triatge

Mètode	Tipus	Aplicació típica	Avantatges	Inconvenients
START	Funcional	Primera intervenció extrahospitalària	Molt ràpid i senzill	Pot sobrevalorar o infravalorar casos
SALT	Mixt	Incidents complexos amb personal format	Més complet i estructurat	Més lent i tècnic
CareFlight	Funcional	Emergències prehospitalàries	Molt ràpid (valoració per mobilitat)	No valora estat mental
TSI / RTS	Per lesions	Hospitals, triatge avançat	Alta precisió mèdica	Requereix dades clíniques i temps

Tot i que a Catalunya es fa servir principalment el sistema START, és important saber que en altres territoris, en entorns internacionals o en intervencions especials (militars, Nacions Unides, grans esdeveniments) poden aparèixer aquests altres sistemes. El professional ha d'adaptar-se al sistema establert pel comandament mèdic, però mantenint sempre els principis bàsics del triatge: prioritzar segons necessitat i possibilitat de supervivència.

3. Organització de la intervenció

Quan es produeix un incident de múltiples víctimes, l'escenari pot ser inicialment caòtic i confús. Per aquest motiu, és fonamental establir ràpidament una estructura d'intervenció clara i funcional. Aquesta organització ha de permetre actuar de forma ordenada, assignar rols, garantir la seguretat dels operatius i coordinar les actuacions de triatge, rescat, assistència i evacuació.

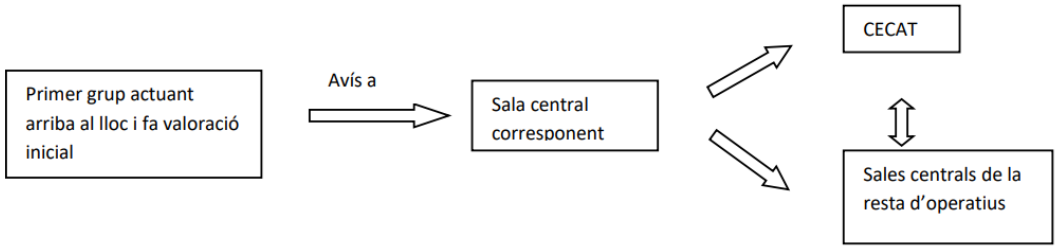
La clau de l'èxit en aquest tipus d'incidents és la coordinació interinstitucional i la gestió basada en zones i funcions que permet repartir responsabilitats, evitar duplicitats i optimitzar recursos.

3.1. Activació del procediment

El primer operatiu que arriba al lloc del sinistre (bombers, SEM, Mossos d'Esquadra o policia local) és qui fa una primera valoració de la gravetat de la situació. Aquesta persona o unitat ha d'identificar si es tracta d'un possible incident de múltiples víctimes i activar el protocol establert.

És important tenir en compte que aquest criteri no és matemàtic, sinó operatiu: si es percep una desproporció clara entre víctimes i mitjans disponibles, s'activa el protocol APCAT. Això permet mobilitzar recursos addicionals i preparar l'escenari per a una gestió més complexa.

La figura següent esquematitza el procés de notificació de l'accident:



Activació del protocol APCAT

3.2. La cèl·lula d'avaluació

Un cop identificada la situació com a IMV, es constitueix la cèl·lula d'avaluació. Aquesta és una estructura operativa petita però clau, encarregada de fer la primera valoració de la situació i de coordinar les primeres decisions conjuntes.

La cèl·lula d'avaluació està formada per tres figures:

- Un representant del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM)
- Un representant dels Bombers
- Un representant dels Mossos d'Esquadra (o policia local si és el cos disponible)

Les funcions principals d'aquesta cèl·lula són:

- Valorar l'escenari i la seva evolució
- Definir el Pla d'acció i les prioritats de l'actuació
- Establir criteris de seguretat per als equips intervinents
- Coordinar amb la resta d'operatius i preparar la instal·lació del Centre de Comandament Avançat (CCA).

Aquesta cèl·lula actua només en la fase inicial, i posteriorment són rellevats pels seus comandaments naturals, que acaben coordinant-se en el Centre de Comandament Avançat (CCA).

3.3. Determinació del comandament operatiu

En qualsevol emergència amb múltiples víctimes, és essencial determinar des del primer moment quin operatiu assumeix el comandament de l'actuació *in situ*. Aquesta decisió no depèn només de qui arriba primer, sinó de la naturalesa de l'incident i dels riscos associats. Segons el model establert a Catalunya i recollit al protocol APCAT, el comandament operatiu recau en:

- **Mossos d'Esquadra**, en aquells casos en què hi ha presumpte il·lícit penal i existeix un risc afegit per als operatius (per exemple, atemptats, tiroteigs, explosions intencionades, situacions amb agressors actius...). En aquests escenaris, la prioritat és garantir la seguretat i preservar les proves, per tant, la policia lidera l'actuació i determina quan i com poden intervenir la resta de cossos.
- **Bombers**, en la resta de situacions amb múltiples víctimes que comporten risc associat però no tenen indicis d'il·lícit penal, com ara accidents de trànsit, incendis, ensorraments, fenòmens meteorològics extrems o incidents tecnològics. En aquests casos, els bombers assumeixen el comandament operatiu inicial, estableixen la zonificació i coordinen la intervenció amb SEM i policies locals o autonòmiques.

Aquest criteri permet garantir una actuació eficaç, coordinada i adaptada al tipus d'escenari. A més, ajuda a evitar conflictes de comandament i assegura que cada cos treballi segons les seves competències i especialitzacions.
És important recordar que el comandament operatiu no equival a lideratge total de l'emergència, sinó que forma part d'un model de comandament integrat, en què cada grup operatiu (bombers, SEM, policia) aporta el seu coneixement i capacitat d'actuació des de la seva responsabilitat.

3.4. Zonatge de seguretat i Àrea General d'Operacions

La zona on es produeix l'incident es divideix en diverses àrees o zones, segons el nivell de risc i les funcions que s'hi desenvolupen. En els incidents de múltiples víctimes, el zonatge no només és una eina operativa, sinó també un instrument de coordinació entre cossos.

Tant Bombers com el CME utilitzen esquemes de zonificació similars, però amb enfocaments diferents: els bombers se centren en la funcionalitat i el risc operatiu, mentre que la policia estructura el control d'accessos i la seguretat perimetral.
Per aquest motiu és important conèixer les correlacions entre ambdós sistemes de zonificació, ja que segons el tipus d'incident i qui ostenti el comandament operatiu es farà servir un o un altre. A Catalunya, es considera la següent equivalència funcional entre els dos sistemes:

- **Primer cercle de seguretat (Mossos d'Esquadra)**: engloba la zona de risc immediat i mitjà. Aquest cercle inclou tant la **zona calenta com la zona tèbia definida per Bombers**. L'accés està fortament restringit, i controlat pels Mossos d'Esquadra.
  En funció del tipus d'incident, només es permet l'entrada a efectius policials, bombers i, si cal, personal del SEM amb permís específic del comandament.

- **Segon cercle de seguretat (Mossos d'Esquadra)**: correspon a l'àmbit ampli de seguretat, considerat com a **zona freda per Bombers**. És aquí on s'instal·len l'Àrea sanitària, el Centre de Comandament Avançat (CCA), els punts logístics, i on treballa la majoria del personal no exposat directament al risc.

Aquesta correlació permet:

- Coordinar accessos i moviments de personal i vehicles.
- Evitar duplicacions de funcions o conflictes d'autoritat.
- Compartir informació tàctica en temps real entre comandaments policials i operatius.

És fonamental que la delimitació física d'aquestes zones sigui clara, visible i controlada, mitjançant tanques, cintes, vehicles i efectius desplegats en punts estratègics. La comunicació entre comandaments ha de garantir que tothom conegui l'abast i les condicions de cada zona.

Comparativa entre el zonatge aplicat per Bombers i el zonatge de Mossos.

ÀREA GENERAL D'OPERACIONS			
	PRIMER CERCLE DE SEGURETAT		**SEGON CERCLE DE SEGURETAT**
MOSSOS D'ESQUADRA	-Zona de risc. -Només poden entrar efectius dels Mossos d'Esquadra. -Control d'accessos Mossos. -Es podrà autoritzar l'accés a altres efectius (tasques de rescat i evacuació de víctimes).		-Zona segura.. -Serveis d'emergència que treballen en les tasques d'evacuació i assegurament de la zona. -Control d'accessos Mossos. -CCA i Àrea Sanitària, ambulàncies, vehicles policials... -Els mitjans de comunicació es situaran fora d'aquesta zona.
	ZONA CALENTA	**ZONA TÈBIA**	**ZONA FREDA**
BOMBERS GENERALITAT/BOMBERS BARCELONA	-Zona de risc alt. -Només poden entrar els Bombers equipats necessaris amb tasca concreta (presència controlada i limitada en el temps). -Equips de protecció personal -Control d'accessos Bombers	-Zona de risc atenuat. -Com a norma general, només poden entrar els Bombers equipats necessaris per donar suport al personal actuant en la zona calenta. -En determinades situacions el grup sanitari també podrà accedir a aquesta zona d'acord amb el comandament de bombers. -Equips de protecció personal -Control d'accessos Bombers	-Zona segura -Personal de tots els grups actuants a l'emergència. -S'establirà el centre mèdic avançat (CMA) -Abalisament i control d'accés: grup d'ordre. -CCA, avituallament, PMA,ferits, ambulàncies... -Els mitjans de comunicació es situaran fora d'aquesta zona.

3.5. L'Àrea sanitària

L'Àrea Sanitària és una zona propera al lloc de l'incident, però situada ja dins la zona freda. És la zona on s'agrupen les víctimes per tal de:

- Rebre una primera valoració sanitària.
- Rebre atenció mèdica d'urgència.
- Ser revalorades amb el triatge avançat (META).
- Ser evacuades a centres hospitalaris en funció del seu estat.

Aquesta àrea és gestionada pel SEM, però el seu muntatge i protecció requereix sovint el suport logístic dels bombers.

És fonamental que l'Àrea sanitària estigui ben senyalitzada, ordenada i protegida de l'exterior, i que hi hagi una única entrada i sortida controlada.

3.6. El Centre de Comandament Avançat (CCA)

El Centre de Comandament Avançat és el punt de trobada dels comandaments dels diferents cossos que intervenen a l'incident. Des d'aquí es coordinen les actuacions, es prenen decisions estratègiques i es manté contacte amb els centres de comandament superiors.

El CCA és la continuació natural de la cèl·lula d'avaluació, però amb la participació dels caps operatius de cada servei: Bombers, SEM, Mossos d'Esquadra, policies locals, Protecció Civil, etc.



CCA accident autobús Rubió.

3.7. Evacuació i distribució hospitalària

Un cop les víctimes han estat classificades i estabilitzades, es procedeix a la seva evacuació cap als centres hospitalaris. Aquesta evacuació es fa en funció de:

- El grau de gravetat (1r vermells, 2n grocs i 3r verds, si cal).
- Les necessitats especialitzades (traumatismes, cremats, pediatria…)
- La capacitat i disponibilitat de cada hospital.

És important evitar el col·lapse d'un únic centre hospitalari. Per això, es distribueixen les víctimes entre diversos hospitals segons el seu nivell d'assistència:

- Hospitals comarcals o bàsics.
- Hospitals de referència.
- Hospitals d'alta tecnologia, si cal atenció molt especialitzada.

Aquestes decisions són preses pel SEM, però poden requerir suport logístic per part de Bombers, especialment si cal fer trasllats amb mitjans alternatius (helicòpter, vehicles 4x4, etc.).

3.8. Filiació de víctimes

Un aspecte clau de la gestió d'un IMV és la filiació correcta de totes les persones afectades, tant les ferides com les il·leses o les víctimes mortals. Aquesta tasca recau principalment en els cossos policials i el SEM, però sovint els bombers ajuden a identificar i ordenar les víctimes i els afectats, especialment en les fases inicials.

<table>
<tr><th>Tipologia de les persones afectades</th><th>Qui fa la filiació</th></tr>
<tr><td>Il·lesos no atesos pel SEM</td><td>Grup d'ordre</td></tr>
<tr><td>Classificats pel SEM com a VERDS</td><td rowspan="3">SEM</td></tr>
<tr><td>Classificats pel SEM com a GROCS</td></tr>
<tr><td>Classificats pel SEM com a VERMELLS</td></tr>
<tr><td>Classificats pel SEM com a NEGRES</td><td>El grup d'ordre fa el recompte de la xifra total de morts. El procediment d'identificació de víctimes mortals descriu el procés d'identificació i elaboració del llistat dels morts en l'incident.</td></tr>
</table>

Esquema filiació de víctimes i agència responsable.

La filiació permet:

- Fer seguiment de les víctimes traslladades.
- Informar els familiars.
- Gestionar la informació amb les autoritats judicials i sanitàries.
- Mantenir un registre ordenat per avaluació posterior.

4. Seguretat

La seguretat és el pilar fonamental de qualsevol intervenció en incidents de múltiples víctimes. Aquest tipus d'escenaris solen ser altament inestables, amb múltiples riscos simultanis i condicions de treball extremes. Els bombers, sovint dels primers a arribar, tenen la responsabilitat de protegir-se a sí mateixos i també de crear les condicions per garantir la seguretat de la resta d'operatius i de les víctimes.

Actuar amb seguretat no és opcional, ni incompatible amb la rapidesa o l'eficàcia. De fet, una intervenció ordenada i segura és l'única manera d'evitar que l'incident empitjori o que es generin noves víctimes entre els equips de rescat.

4.1. Avaluació inicial del risc

La primera tasca d'un equip que arriba a un IMV és avaluar el nivell de risc de l'escenari. Aquesta valoració es fa de forma visual, ràpida però rigorosa, i ha de permetre respondre a preguntes com:

- Hi ha riscos actius o potencials (foc, fum, gas, inestabilitat estructural)?
- L'escenari és accessible i estable?
- Hi ha indicis d'un possible il·lícit penal o amenaça terrorista?
- És segur entrar-hi o cal esperar reforços o equips especialitzats?

Aquesta valoració no és estàtica. Els riscos poden aparèixer o augmentar en qualsevol moment, per tant cal fer-ne un seguiment constant durant tota la intervenció.

4.2. Control del perill causant de l'IMV

En qualsevol incident de múltiples víctimes, assegurar l'escenari passa per dominar o eliminar la font de perill que ha provocat la situació. Sense aquest control, tots els altres esforços (triatge, rescat, assistència) corren el risc de quedar en va, i fins i tot es poden produir noves víctimes entre els equips d'intervenció.
Tres conceptes fonamentals:

1. identificar clarament quin és l'origen del perill
2. assignar responsabilitats (Mossos en cas de delicte, Bombers en la resta)
3. establir mesures per neutralitzar o aïllar aquesta font de perill

4.2.1. Quan hi ha sospita d'il·lícit penal

Si s'ha confirmat o es sospita que el perill deriva d'una acció deliberada (atemptat, tiroteig, explosió intencionada), és la policia qui ha de controlar la causa de risc. Això implica:

- assegurar la zona perimetral, buscant explosius secundaris o artefactes sense detonar
- preservar proves i no alterar escenari fins a l'arribada d'unitats especialitzades en desactivació
- permetre només l'entrada de bombers quan la policia hagi donat autorització expressa i confirmi l'absència de noves amenaces

En aquests tipus d'incidents cal actuar amb especial precaució. En aquests casos, la responsabilitat del comandament operatiu recau inicialment en el cos policial competent (normalment, el Cos de Mossos d'Esquadra). Els Bombers només poden accedir a el primer cercle de seguretat quan la policia l'autoritza, i en les condicions de seguretat establertes. Cal evitar:

- Entrar en escenaris sense autorització.
- Tocar o moure objectes que puguin ser proves o explosius.
- Exposar-se a un segon atac o explosió programada.

Els Bombers han de centrar-se en la protecció de vides i en garantir la seva pròpia seguretat, deixant la investigació i neutralització de l'amenaça a les unitats especialitzades.

Exemple: Atemptat amb explosiu en un mercat: la policia tanca la zona, busca dispositius pendents i només quan signifiquen que no hi ha risc d'explosió secundària un equip de Bombers procedeix a l'obertura de vies i rescat de víctimes.

4.2.2. Quan el perill és d'origen ambiental, estructural o tecnològic

En la majoria d'IMV (accidents de trànsit, incendis estructurals, fuites de gasos tòxics, ensorraments), el control de la causa depèn de Bombers. Les seves tasques inclouen:

- Aturar o confinar la fugida de gas o productes químics
- Controlar i extingir l'incendi amb mitjans adequats
- Estabilitzar estructures i eliminar risc de col·lapse
- Fer servir equips especialitzats (bombes, escuma, aparells de detecció de gasos)

Exemple: Fuita massiva de gas en un accident d'autobús: l'equip de bombers desplega unitats de tancament de vàlvules, crea un perímetre d'exclusió i utilitza detectors portàtils per comprovar la concentració abans de permetre el pas dels equips sanitaris.

4.3. Equipament de protecció i protocols

El personal que accedeixi a la zona calenta ha de fer-ho amb equip de protecció individual (EPI) complet i adequat a la situació. Aquest pot incloure:

- Equip d'intervenció estructural.
- Casc, guants, ulleres i mascareta.
- Aparell de respiració autònoma si hi ha risc d'ambient tòxic, asfixiant o fums.
- Comunicacions operatives (emissora, mans lliures, etc.)

En escenaris amb sospita de contaminació (química, biològica, radiològica), cal aplicar pautes d'actuació NRBQ, que inclouen zones de descontaminació i l'ús d'equips especials.

4.4. Prevenció del desgast físic i emocional

Els incidents de múltiples víctimes tenen un fort impacte psicològic sobre els equips actuants, especialment quan hi ha víctimes mortals, infants, escenaris de violència o situacions que generen impotència.

Per protegir els efectius, cal:

- Fer relleus adequats i garantir descans.
- Oferir suport psicològic als equips actuants.
- Crear espais de descompressió o atenció emocional al final de la intervenció.
- Donar informació clara sobre l'escenari, els riscos i les accions previstes.

L'atenció post incident és una part essencial de la seguretat en emergències i contribueix a mantenir la salut i la professionalitat dels operatius a llarg termini.