



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Il disagio psicologico nelle MAXI-EMERGENZE

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:
Rosangela Ciafardini

Correlatore: Chiar.ma
Dott.ssa Marida Andreucci

A.A. 2018/2019

INDICE

Introduzione.....	1
--------------------------	----------

Capitolo 1: LE MAXI-EMERGENZE

1.1 Distinzione tra CATASTROFE e MAXIEMERGENZA.....	3
1.2 Classificazione di Catastrofe.....	3
1.3 LEGISLAZIONE SULLE CATASTROFI IN ITALIA	4

Capitolo 2: La Medicina delle Catastrofi

2.1 Definizione, obiettivi e strumenti di risposta.....	6
2.2 Le figure professionali sanitarie coinvolte.....	9
2.3 La catena dei soccorsi sanitari.....	12
2.4 Il triage.....	17

Capitolo 3: Conseguenze psichiche della Catastrofe

3.1 Risposta psichica dei soccorritori alla catastrofe.....	21
3.2 Strategie e tecniche per non divenire vittima.....	25
3.3 Il BUDDY CARE.....	29
3.4 Progetto educativo: L'assistenza Psicosociale agli operatori sanitari coinvolti in una Maxi-emergenza.....	31

CONCLUSIONI.....	33
-------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.....	35
--------------------------	-----------

ALLEGATI

RINGRAZIAMENTI

INTRODUZIONE

*“...la cosa più difficile per Giulio è stato trovare
un posto nascosto dove piangere, dove nessuno lo vedesse,
lui che era in divisa...
e forse un uomo in divisa che viene chiamato in soccorso
non può inginocchiarsi e piangere.
Alla fine l’ha trovato quel posto
E le sue lacrime hanno bagnato la divisa.
Pare che nessuno se ne sia accorto.”*

*Paladini, Vallecchi, Gli artigiani dell’Aquila,
Vita, morte e miracoli dal terremoto.*

Secondo l’opinione comune, chi presta soccorso deve essere dotato di una specie di corazzatura esterna, il cui compito è quello di proteggerlo da ogni situazione, non solo fisicamente ma, anche psicologicamente.

Questo progetto trae origine dal desiderio di indagare un aspetto trascurato della professione infermieristica e delle professioni d’aiuto.

Troppo spesso si ricerca il costante miglioramento di quelle che possono essere le abilità tecniche e professionali, sottovalutando la vita emotiva, ovvero i sentimenti e gli stati d’animo.

Molti sono i percorsi formativi che addestrano l’infermiere ad aiutare il paziente in condizioni critiche e la sua famiglia ma, poco viene fatto per preparare gli operatori ad affrontare i propri disagi emotivi.

Durante un evento catastrofico è fondamentale che ognuno conosca sé stesso, ovvero sappia come e in quanto tempo agire e che cosa fare, in quanto è ragionevolmente sostenibile che chiunque ha vissuto un evento simile ne diventa, in qualche maniera, vittima.

Da soccorritore si può diventare vittima della catastrofe, non solo perché si diventa potenziale ferito, ma anche perché si può essere congiunto, parente o amico delle vittime appartenenti a quella determinata comunità o, ancora, pur non rientrando in queste caratteristiche, si è esposti crudamente agli effetti dell’evento. In quest’ultimo caso, un’esposizione intensa e ripetuta, rende il soccorritore vittima di un trauma.

Il problema è allora identificare le tecniche tramite le quali il soccorritore possa preservarsi e possa assolvere al proprio ruolo, soprattutto perché lavorare con le vittime di eventi catastrofici espone a livelli di sofferenza umana che possono notevolmente compromettere l'opera di soccorso.

Scopo primario di questo elaborato è quello di approfondire la tematica del benessere psicologico di tutti gli operatori che hanno partecipato ad una Maxi-Emergenza analizzando l'evento e la risposta psichica dei soccorritori alla catastrofe.

Il comportamento di ogni singolo individuo non può prescindere dalle competenze e dalle conoscenze indispensabili per ogni settore d'azione. L'aumento di soccorritori con trauma cumulativo negli ultimi anni ha portato ad un interesse sempre più crescente nei confronti delle reazioni dei soccorritori che intervengono in eventi traumatici.

La psicologia dell'emergenza non si rivolge solo alle persone colpite da una catastrofe, da un trauma o un lutto ma, anche ai soccorritori, cioè alle persone che intervengono per prime e che, assieme ai sopravvissuti, sperimentano sentimenti di impotenza, ansia, angoscia e disperazione. "La psicologia dell'emergenza ha come finalità lo studio, il trattamento e la prevenzione dei processi psichici, delle emozioni e dei comportamenti che si determinano prima, durante e dopo gli eventi critici"¹. Sono quindi oggetto di studio e di intervento il singolo e la comunità colpita dall'evento, con il fine di aiutare a prevenire o superare quei fenomeni psichici negativi che si possono instaurare.

La formazione professionale e l'attitudine individuale non sono caratteristiche innate nell'individuo ma, piuttosto, sono da coltivare con cura al fine di evitare di diventare vittima secondaria di un evento avverso. Per evitare ciò la formazione deve essere adeguata, incline al riconoscimento e all'elaborazione delle emozioni.

Capitolo 1: LE MAXI-EMERGENZE

1.1 Distinzione tra Catastrofe e Maxi-emergenza

I termini “catastrofe” e “maxi-emergenza” vengono spesso utilizzati come sinonimi, in realtà hanno definizioni diverse.

La catastrofe è un evento inatteso e improvviso che determina gravi danni. Può interessare una vasta zona territoriale e coinvolgere un gran numero di persone determinando un numero elevato di vittime. Si manifesta brutalmente, creando danni a livello territoriale e distruggendo le infrastrutture e i servizi². La Maxi-emergenza è uno squilibrio, anche se temporaneo, tra richiesta di soccorso e risorse disponibili: si verifica quando il numero delle richieste di soccorso emergente è superiore alla quantità di risorse che sono normalmente previste per l'emergenza, quindi è necessario attivare risorse e mezzi eccezionali². Come si evince dalle definizioni una qualsiasi catastrofe rappresenta una maxi-emergenza per il territorio colpito. È evidente, che essendo la catastrofe un evento inatteso e improvviso, non è possibile programmare l'esito degli eventi, ma è possibile programmare una risposta tempestiva e efficiente, su misura al tipo di evento calamitoso.

1.2 Classificazione delle Catastrofi:

Le catastrofi vengono classificate in base al loro fattore scatenante, ciò permette la valutazione del rischio evolutivo cioè della possibilità che l'evento si riproduca o che continui a provocare danni a cose o persone.

Le catastrofi si dividono in:

Catastrofi naturali:

- Fenomeni geologici: terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, caduta di meteoriti e asteroidi
- Eventi meteorologici: piogge estese, siccità, trombe d'aria, uragani, neve, ghiaccio, grandine, nebbia.
- Fenomeni idrologici: alluvioni, esondazioni, frane, valanghe, slavine
- Varie: epidemie animali

Catastrofi tecnologiche o antropiche:

- Collasso dei sistemi tecnologici: blackout elettrico o informatico, interruzione rifornimento idrico o condotte di gas o oleodotti
- Incidenti nei trasporti: aerei, ferroviari, di navigazione, stradali, rilascio di sostanze tossiche o radioattive.
- Incidenti rilevanti in attività industriali: incendio, esplosione, rilascio di sostanze inquinanti o tossiche, rilascio di radioattività.
- Varie: crollo di immobili civili o pubblici

Catastrofi conflittuali e sociologiche:

- Atti terroristici, sommosse, conflitti armati, uso di armi chimiche, uso di armi biologiche, epidemie, carestie, migrazione forzata di popolazione, incidenti durante spettacoli pubblici

Una classificazione adeguata della catastrofe rappresenta un elemento importante, in quanto da ciò derivano le necessità dei soccorsi per la popolazione e per il territorio interessato.

1.2 LEGISLAZIONE SULLE CATASTROFI IN ITALIA

Per apprendere al meglio il sistema messo in atto da una Catastrofe bisogna conoscere le leggi più rilevanti in vigore in Italia.

La legge N.225 del 1992 sancisce la nascita del Servizio Nazionale della Protezione Civile, con il compito di “tutelare l’integrità della vita, i beni, gli insediamenti e l’ambiente dai danni o dal pericolo di danni derivanti da calamità naturali, da catastrofi e altri eventi calamitosi”. La struttura della Protezione Civile viene riorganizzata in un sistema coordinato di competenze al quale concorrono le amministrazioni dello Stato, Regioni, Province, Comuni, enti locali, enti pubblici, comunità scientifica e collegi professionali. La legge 225/’92 delinea per la prima volta, chiaramente, i compiti e le attività che devono essere svolti dalle diverse componenti del Sistema di Protezione Civile. Tali componenti sono definite dalla legge 225/92 “Strutture Operative” e sono:

- le Forze armate,
- i Vigili del fuoco,

- la Polizia di Stato,
- il Corpo Forestale,
- il Sistema Sanitario Nazionale,
- la Croce Rossa,
- le Organizzazioni di volontariato.

Il Consiglio dei Ministri, come organo supremo, è quello che dichiara lo stato di emergenza, ne determina la durata e l'estensione territoriale e lo rievoca. Un altro Organismo di particolare rilievo è la "Commissione Nazionale per la Previsione e Prevenzione dei Rischi". Essa è preposta allo studio e alla prevenzione del rischio sismico, vulcanico, idrogeologico, nucleare, chimico-industriale, dei trasporti e sanitario.

Il Servizio Nazionale riconosce le iniziative di volontariato civile e ne assicura il coordinamento. La Legge 225 inserisce il volontariato tra le componenti e le strutture operative del Servizio Nazionale e stabilisce che deve essere assicurata la più ampia partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni di volontariato di protezione civile nelle attività di previsione, prevenzione e soccorso, in vista o in occasione di calamità naturali o catastrofi.

Il 27 Marzo del 1992 un D.P.R. sancisce ufficialmente l'importanza di un valido sistema di gestione delle emergenze sanitarie da parte dello Stato da affidare alle Regioni. Denominato "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" specifica il ruolo dell'infermiere in Centrale Operativa e sui mezzi di soccorso. Con tale decreto, si dispone che le Regioni organizzino le attività di urgenza ed emergenza sanitaria.

A circa vent'anni dalla nascita del Servizio Nazionale della Protezione Civile, la legge N.100 del 12 Luglio 2012, modifica e integra la legge N.225 del 1992; questa nuova legge pone l'accento sul fattore tempo e individua l'amministrazione competente in via ordinaria che prosegue le attività, una volta scaduto lo stato di emergenza.

Il 2 Gennaio 2018, nasce il Codice della Protezione Civile, con l'obiettivo di semplificare e rendere più lineari le disposizioni di protezione civile, racchiudendole in un testo unico. La riforma ribadisce un modello di Servizio Nazionale policentrico. Anche per questo il Codice è stato scritto in modo diverso rispetto ad altre norme ed è stato elaborato da un gruppo di redazione composto da rappresentanti di Dipartimento della Protezione Civile, Regioni, Comuni, Ministeri, Volontariato di protezione civile.

Al giorno d'oggi, la protezione civile, è il coordinamento delle migliori espressioni del paese a servizio delle comunità e dei territori.

Capitolo 2: La Medicina delle Catastrofi

2.1 Definizione, obiettivi e strumenti di risposta

È la specialità medica che studia quali atteggiamenti assumere in relazione ad un evento eccezionale che, pur di diversa natura, si caratterizza sempre per realizzare una netta sproporzione fra le richieste dell'ambiente e le capacità di risposta dei soccorsi sanitari².

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

L'intervento deve essere effettuato nel più breve tempo possibile per evitare aggravamenti delle condizioni cliniche (MEDICINA D'URGENZA), in situazioni estremamente diverse da quelle presenti in ambiente ospedaliero, se non altro perché si opera spesso all'aperto e in condizioni metereologiche ostili (MEDICINA SUL CAMPO), la gerarchia dei compiti organizzativi e la semplicità di trattamento derivano dalle medicine di guerra (MEDICINA MILITARE); mentre sia le tecniche che il comportamento dei soccorritori devono subire adattamenti secondo le situazioni (MEDICINA DI ADATTAMENTO) pur partendo da piani prestabiliti e sperimentali (MEDICINA DI DOTTRINA). Principio basilare della medicina delle catastrofi è quello di salvare il maggior numero possibile di persone (MEDICINA DI MASSA) e di considerare oltre alle lesioni fisiche, anche altri aspetti di chi è coinvolto in un evento straordinario come quelli psicologici (MEDICINA GLOBALE).²

Gli OBIETTIVI principali della Medicina della Catastrofi sono:

- Trattare il maggior numero di vittime
- Meglio e in più fretta possibile
- Limitando le sequele
- Limitando le perdite

La Medicina della Catastrofi, si avvale di tre STRUMENTI fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi:

- Strategia
- Logistica
- Tattica

La STRATEGIA consiste nell'elaborazione di piani di soccorso in caso di catastrofi per definire il ruolo e le modalità di intervento delle varie componenti interessate. Tre sono i capisaldi che ne rappresentano il cardine:

- Top Management. I piani di emergenza devono essere predisposti dagli operatori più esperti ideando situazioni realisticamente possibili.
- Piani di Emergenza. La stesura dei piani di emergenza ha come punto di partenza l'analisi dei rischi presenti nel contesto territoriale; è bene sottolineare che la realizzazione di una risposta deve basarsi sulla previsione degli eventi relativa alle conseguenze degli stessi.
- Preparazione degli Operatori. La formazione degli operatori è un requisito imprescindibile.

Ogni piano di soccorso deve prevedere i vari ambiti organizzativi che consentono di controllare le fasi di soccorso:

- collegamento e trasmissioni;
- ordine pubblico;
- trasporti e lavori;
- soccorso e salvataggio;
- soccorso medico.

La LOGISTICA consiste nell'insieme di personale, mezzi e materiali che sostengono i piani di soccorso. Bisogna tener conto di alcuni fattori:

- La tipologia dell'evento;
- L'ambiente operativo: le condizioni ambientali influenzano pesantemente la risposta del sistema.
- La durata delle operazioni;

La TATTICA consiste nell'applicazione dei piani di soccorso attraverso procedure operative consequenziali finalizzate alla creazione della catena dei soccorsi. Questa sequenza è applicabile in ogni evento, indipendentemente dal tipo di catastrofe e deve essere considerata il modello operativo a cui riferirsi.

Le varie fasi per il raggiungimento degli obiettivi della Medicina delle Catastrofi possono essere riassunte in:

PREVENZIONE	PREVISIONE DEL RISCHIO PIANIFICAZIONE DELLA RISPOSTA
MITIGAZIONE DEL DANNO	FASE SPONTANEA FASE ORGANIZZATIVA FASE OPERATIVA
ELABORAZIONE	EVENTO E RISPOSTA PIANIFICAZIONE RIORGANIZZAZIONE MATERIALI

Tabella 1: Struttura generale della Medicina delle Catastrofi

La PREVENZIONE si basa su:

- Previsione del rischio
- Pianificazione della risposta:
 - Piani di emergenza
 - Preparazione del personale
 - Predisposizione di materiali e mezzi

Centinaia di esperienze maturate in tutto il mondo hanno dimostrato che, in caso di emergenza con elevato numero di feriti, solo le realtà sanitarie che avevano attuato un percorso di formazione sono state in grado di rispondere in modo soddisfacente ai bisogni sanitari delle vittime.

La MITIGAZIONE DEL DANNO

La risposta sanitaria ad un qualsiasi evento catastrofico prevede sempre tre distinte fasi:

- Fase della Spontaneità
- Fase Organizzativa
- Fase Operativa

La prima fase corrisponde ai soccorsi portati immediatamente dagli scampati vivi e dalle vittime illese del disastro. Non può avere strategie e di norma coinvolge personale non sanitario.

Poco dopo, con l'invio dei soccorsi sulla scena, inizia la Fase Organizzata. In questa fase avviene il dispiegamento sul campo delle prime forze sanitarie. Si costituiscono le prime strutture di coordinamento e avviene l'assegnazione dei ruoli.

A questa fase segue quella operativa vera e propria, ove i protagonisti sul campo attuano le strategie indicate dalla Medicina delle Catastrofi.

L'ELABORAZIONE

Nel momento in cui cessa lo stato di emergenza inizia la valutazione dell'operato. Va considerata di notevole rilevanza, non soltanto dal punto di vista tecnico, ma anche per ciò che riguarda la salvaguardia della professionalità e della personalità dei sanitari coinvolti. Un piano non potrà mai essere perfetto: la sua applicazione pratica rappresenta un'occasione di verifica ed eventuale modifica laddove si siano evidenziate carenze. Inoltre, il ruolo del personale, la diffusa conoscenza del piano e la capacità di adeguamento del piano alle differenti esigenze, rappresentano un momento cruciale nella definizione del risultato.

Il ritorno allo stato di salute e normalità ci riporta alla fase tipica della prevenzione.

2.2 Le figure professionali sanitarie coinvolte

Le figure professionali che agiscono in caso di catastrofe sono molte:

- Il Medico: è la figura professionale di riferimento, capace di riassumere nel proprio operato le conoscenze cliniche e la capacità organizzativa.
- L'Infermiere: in una situazione di catastrofe assume una rilevanza ancora più grande. Si occupa del triage, l'evacuazione verso gli ospedali, l'assistenza ai pazienti in condizioni critiche, l'organizzazione e la gestione di particolari aree di ricovero dell'ospedale.
- Anestesisti- rianimatori, chirurghi, medici dell'urgenza: sono preziosi nell'opera di stabilizzazione delle vittime, la capacità clinica non è sufficiente per rendere il medico efficace nell'affrontare una situazione così diversa dal quotidiano come una catastrofe.
- La Direzione Sanitaria: deve gestire globalmente i problemi innescati da un evento di questo tipo, attraverso la gestione e il controllo dei turni di guardia del personale, l'approvvigionamento delle scorte, i contatti con altri enti e istituzioni.

Ogni professionista svolge la propria opera guidato non solo dalle conoscenze teoriche e dall'esperienza, ma è influenzato anche dalla struttura della propria personalità. In un lavoro che richiede coordinamento e collaborazione, spesso il carattere diventa addirittura prevalente sulle capacità professionali.

Il Dipartimento di Protezione Civile ha identificato il profilo di una nuova figura: il DISASTER MANAGER, professionista in grado di gestire, dal punto di vista organizzativo e di coordinamento, le delicate fasi dei soccorsi in caso di catastrofe². Sono state predisposte 2 diverse figure di Disaster Manager:

- Il Medical Disaster Manager che si occupa del problema catastrofe in sede extraospedaliera.
- L'Hospital Disaster Manager che ha il compito di preparare l'ospedale a sopportare l'impatto generato da un disastro, dovuto sia ad un evento esterno sia da un incidente interno alla struttura.

Lo scopo del Disaster Manager è quello di ridurre il prima possibile il divario tra risorse necessarie e quelle disponibili. In ogni situazione in cui due o più persone devono collaborare per raggiungere un obiettivo altrimenti non ottenibile da un singolo, è necessaria una forma di coordinamento che è definita management. Il manager è colui che, partendo da determinate risorse, deve coordinare gli sforzi per raggiungere l'obiettivo pianificando il lavoro e gli interventi. Il Disaster Manager non limita la sua attività al momento in cui insorge la crisi; questo significherebbe lasciare gran parte delle operazioni all'improvvisazione dei singoli. È invece nei momenti di tranquillità, quando il livello di allarme è basso, che è necessario creare presupposti per ottenere una risposta efficace da mettere in pratica al momento del bisogno. Le attività del Disaster Manager si svolgono in tre momenti:

- Prima dell'evento si esegue: la pianificazione, la verifica delle procedure, la formazione degli operatori, la preparazione delle strutture e del materiale.
- Durante l'evento si esegue: l'attivazione della risposta organizzata, il coordinamento delle operazioni, la risoluzione dei problemi, la comunicazione con i collaboratori, gli utenti e i media.
- Dopo l'evento, invece si esegue: la valutazione dei risultati, la correzione delle anomalie, il debriefing con i collaboratori.

L'infermiere Disaster Manager acquisisce le competenze specifiche per gestire i vari processi assistenziali nell'emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliera, garantendo una risposta immediata, competente ed efficace ai bisogni sanitari della collettività. Inoltre, il professionista specializzato è in grado di sviluppare progetti di ricerca, gestire con funzioni di team leader l'assistenza nelle situazioni di emergenza-urgenza e assicurare interventi efficaci utilizzando gli algoritmi decisionali.

In una situazione di maxi-emergenza, la gestione sanitaria deve basarsi su un SISTEMA DI COMANDO. Il vertice di questo sistema di comando è il DSS, direttore dei soccorsi sanitari. Il team minimo ovvero il team della prima ambulanza che arriva sulla zona dell'evento è un medico, un infermiere e un autista: queste tre figure rappresentano il modulo base con responsabilità definite:

Medico	Direttore dei Soccorsi Sanitari	DSS
Infermiere	Direttore Squadre di Recupero	DSR
Autista	Direttore Trasporti	DTR

Tabella 2: Sistema di comando sul sito dell'evento

DIRETTORE DEI SOCCORSI SANITARI (DSS): casacca GIALLA

È un medico, appartenente ad un'Unità Operativa afferente al Dipartimento di Emergenza con esperienza e formazione adeguata, presente in zona di operazioni e responsabile della gestione in loco di tutto il dispositivo di intervento sanitario.

Compiti:

- stima l'evento;
- Dirige le operazioni sanitarie sul territorio, assegnando i ruoli, coordinando la catena dei soccorsi, dal recupero fino al trasferimento negli ospedali;
- si interfaccia con il Responsabile della CO118, a cui può richiedere rinforzi, per la destinazione dei feriti nei vari ospedali, secondo la patologia e i posti letto;
- Istituisce il Posto di Comando Operativo (PCO) e collabora con il responsabile tecnico dei soccorsi (Vigili del Fuoco) o con il responsabile delle Forze di Polizia all'interno del PCO stesso;
- riferisce la situazione aggiornata all'Autorità;
- qualora è necessario attiva il Team di Supporto Psicologico;

DIRETTORE SQUADRE DI RECUPERO (DSR): casacca ROSSA

È un infermiere incaricato di gestire il coordinamento dei feriti nell'area di raccolta. Può rappresentare il primo sanitario ad effettuare una valutazione più circostanziata dell'entità dei feriti che, sotto il suo coordinamento vengono inseriti nel circuito della gestione sanitaria vera e propria.

Compiti:

- Coordina le operazioni di recupero, triage sommario dei feriti, le manovre di supporto vitale e di immobilizzazione;
- coordina le équipes di volontari che coadiuvano il personale sanitario;
- Definisce le aree di raccolta dei feriti ed il percorso ottimale da seguire per raggiungerle;
- Stabilisce il metodo di Triage da utilizzare in accordo con il DSS;

DIRETTORE DEL TRASPORTO (DTR): casacca BLU

È l'operatore tecnico o infermiere incaricato di gestire la movimentazione dei mezzi di trasporto sanitario in funzione delle priorità emerse durante le operazioni di triage e stabilizzazione. Si rapporta con il DSS in assenza del PMA e con il Direttore del PMA se presente.

Compiti:

- Gestisce i mezzi disponibili secondo le caratteristiche e necessità dei pazienti;
- Organizza la zona di stazionamento dei vettori di evacuazione controllando la presenza fissa degli autisti sui mezzi;
- Organizza l'area di imbarco dei pazienti vicina al PMA

DIRETTORE DEL POSTO MEDICO AVANZATO (DPMA): casacca BIANCA

È un medico incaricato di coordinare le operazioni di triage stabilizzazione e evacuazione delle vittime a livello del PMA.

Compiti:

- compila o fa compilare la scheda di triage;
- esamina o fa esaminare le vittime, assicurandone la sorveglianza;
- garantisce la stabilizzazione clinica dei feriti in base alla gravità;

2.3 La catena dei soccorsi sanitari

Qualsiasi sia il tipo di evento e la sua dimensione questo darà inizio a una serie di eventi successivi a cui dovrà conseguire una serie di azioni tra loro concatenate, la cui corretta esecuzione sarà determinante per il successo della gestione dell'emergenza in atto. La catena dei soccorsi sanitari è un insieme di fasi in cui si inserisce il sistema Medical Disaster Management. Queste fasi sono: fase dell'allarme, zona dei soccorsi sanitari, medicalizzazione del soccorso, evacuazione e trasporto delle vittime e ricovero delle vittime.²

-FASE DELL'ALLARME

La riuscita dei soccorsi richiede la presenza di una struttura che svolga le funzioni di ricezione dell'allarme, di valutazione degli avvenimenti in corso e di invio modulato dei soccorsi. Questa struttura è la Centrale Operativa (CO), che in Italia risponde al numero telefonico "118". Il sistema di emergenza territoriale 118 è stato istituito con apposito D.P.R. il 27 Marzo 1992, presuppone l'esistenza di una centrale operativa dove arrivano le chiamate di pertinenza sanitaria con carattere di emergenza-urgenza da parte del cittadino.² Essa ha il compito di processare le chiamate di soccorso valutandone la gravità e gestendo la risposta sino ad ospedalizzazione avvenuta. Molte centrali operative sanitarie sono collocate in locali ospedalieri, questa scelta, condivisibile nell'ottica del risparmio e della gestione dei costi, non è funzionale quando l'evento catastrofico coinvolge la struttura ospedaliera inficiando così anche l'azione dei soccorsi territoriali.

-ZONA DEI SOCCORSI SANITARI

Nella zona dell'evento, tra il momento dell'allarme e quello dell'approntamento delle strutture attivate dal sistema dei soccorsi, si verificano una serie di fasi caratterizzate spesso da confusione.

La prima fase dei soccorsi è l'IMPROVVISAZIONE. Questa fase è data dalla reazione immediata dei sopravvissuti ad un evento catastrofico. I sopravvissuti presi dalla paura spesso non sanno cosa fare, ma data la gravità della situazione, cercano di aiutare. I soccorritori improvvisati possono essere utili per la raccolta dei dati, la valutazione dei bisogni e la conoscenza dei luoghi, inoltre l'aiutare gli altri non dà modo di scaturire il panico. I medici o i sanitari presenti sul posto, in attesa dei soccorsi, devono gestire il primo impatto con le vittime, e quindi devono:

- Verificare l'avvenuta trasmissione dell'allarme precisando le caratteristiche principali della catastrofe.
- Impedire il panico dimostrando sicurezza.
- Impedire le evacuazioni incontrollate.
- Raggruppare in un unico punto, lontano dal pericolo, tutte le vittime individuate.
- Costituire gruppi di soccorritori con compiti precisi e limitati, sotto la guida di un responsabile.
- Preparare l'arrivo dei soccorsi organizzati.

- Mettersi a disposizione delle autorità fornendo un bilancio della situazione.

La seconda fase, la RICOGNIZIONE, è in genere effettuata dall'alto tramite mezzi come l'elicottero che offre una prima valutazione dell'entità dell'evento. Un compito analogo spetta al primo mezzo terrestre che arriva sul posto, ovvero esso dovrà:

- effettuare la ricognizione e non il soccorso;
- comprendere l'evento in termini di dimensionamento e tipologia;
- suddividere l'area in settori in base alla disponibilità di risorse
- costituire il Posto di Comando Mobile;
- valutare le indicazioni ed individuare i luoghi più adatti per l'allestimento di un eventuale PMA, dell'area di stazionamento dei mezzi e possibili vie di comunicazione;
- garantire i collegamenti con la centrale operativa 118;

La terza fase, la SETTORIALIZZAZIONE, consiste nella suddivisione dell'area dei soccorsi. Bisogna circoscrivere la zona, suddividerla in settori, ciascuno dei quali suddividerlo in cantieri. Questa fase ha come obiettivo quello di razionalizzare le risorse e distribuirle in modo uniforme, senza dimenticare alcuni settori o cantieri.

L'INTEGRAZIONE è l'ultima fase e ed è la condizione indispensabile affinché ognuno possa svolgere il lavoro che gli compete senza intralci esterni.

Polizia, Vigili del Fuoco e personale sanitario si occuperanno rispettivamente di collegamenti e radiotrasmissioni, ordine pubblico, soccorso e salvataggio, assistenza sanitaria. Ognuno svolge il proprio lavoro in modo ottimale fino al raggiungimento degli obiettivi comuni.

Tutte queste fasi condotte in modo corretto portano al recupero e alla raccolta delle vittime, e infine alla cura dei feriti.

In qualsiasi soccorso è necessario un vertice di comando e di coordinamento, ed inoltre bisogna conoscere le dimensioni dell'evento per comprendere la diversità di azione e di comando.

In una catastrofe il ruolo di coordinamento appartiene al Prefetto e al Dipartimento della Protezione Civile.

Bisogna individuare una figura tecnica esperta che sappia gestire una situazione eccezionale e gli eventuali problemi della catena dei soccorsi. Nelle catastrofi maggiori,

presso la Centrale Operativa, deve essere istituito un Posto di Comando fisso in collegamento con gli organi della Protezione Civile.² Mentre negli eventi limitati, nei pressi del Posto Medico Avanzato, deve essere installato un posto di Comando Operativo dove il Direttore tecnico dei soccorsi (Comandante o funzionario dei Vigili del Fuoco) e il Direttore dei Soccorsi Sanitari o Medical Disaster Manager possano operare.² Il Medical Disaster Manager è la nuova denominazione della Protezione Civile per il Direttore dei Soccorsi Sanitari, deve essere un medico esperto in medicina delle catastrofi e deve possedere capacità organizzative e di comando.

Il Medical Disaster Manager, figura di responsabile sanitario, deve rispondere a determinate caratteristiche, quali essere un medico esperto in medicina delle catastrofi e possedere inegabili capacità organizzative e di comando.²

È determinate seguire una linea che eviti la sovrapposizione di ordini e competenze in modo da organizzare una risposta rapida ed efficace, che permette di prendere decisioni corrette e condivise.

-MEDICALIZZAZIONE DEL SOCCORSO

L'assistenza medica alle vittime, inizia in modo sommario sul sito dell'evento, per poi essere effettuata in una struttura denominata Posto Medico Avanzato (PMA), che rappresenta un centro di triage e di cure.

Dopo essere state recuperate le vittime devono essere trasportate dal sito dell'evento ad un unico luogo di cura, ovvero il PMA per evitare trasporti verso l'ospedale di pazienti sfuggiti ad un controllo medico ed effettuati con mezzi inadeguati.

Il PMA viene allestito dal personale dell'UMSS (Unità mobile soccorso sanitario) e deve rispondere a determinate caratteristiche di sicurezza, accessibilità e praticità per i soccorritori:

- installazione in locali preesistenti
- vicinanza alla zona dei soccorsi
- protezione dal rischio evolutivo
- vicinanza a vie di comunicazione stradale e possibilmente ad un'area di atterraggio per elicotteri
- facile individuazione mediante cartelli segnaletici
- entrata e uscita separate
- adeguate doti di climatizzazione, illuminazione, igiene e insonorizzazione.²

Nel PMA operano medici e infermieri con i seguenti compiti:

- accettazione dei feriti e degli scampati

- valutazione clinica secondo triage, più completo rispetto a quello effettuato nel cantiere
- stabilizzazione delle vittime
- definizione delle modalità di evacuazione.

Il PMA deve essere idealmente suddiviso in 4 zone:

- Area Triage: all'ingresso del PMA funge da filtro per il triage attribuendo il codice colore;
- Area Rossi/Gialli: è la sede dove vengono ricoverati i feriti gravi. Una o più tende servono per eseguire le manovre di rianimazione pre-ospedaliera e la stabilizzazione dei feriti. Un'area funge da ricovero per i feriti con lesioni potenzialmente evolutive da monitorare;
- Area Verdi: o feriti lievi. È costituita da una tenda o area che raggruppa le vittime che devono essere medicate o solo rassicurate;
- Area Deceduti: è un'area separata dove verranno riuniti tutti i deceduti per le operazioni di riconoscimento da parte dell'Autorità Giudiziaria.

-EVACUAZIONE E TRASPORTO DELLE VITTIME

Infine, deve essere identificato posto chiamato Punto di Evacuazione. All'uscita dal PMA le vittime vengono raccolte nel Punto di Evacuazione, da cui vengono trasportati verso la destinazione segnalata sulla scheda sanitaria, mediante il mezzo di trasporto ritenuto più idoneo alla loro situazione clinica. L'evacuazione può avvenire per via terra attraverso ambulanze normali o attrezzate per la rianimazione oppure con elicotteri.

-RICOVERO DELLE VITTIME - PIANI DI EMERGENZA OSPEDALIERI

Il trasporto delle vittime termina in uno o più ospedali della zona, che dovranno essere pronti ad affrontare un afflusso massiccio di feriti, predisponendo appositi piani di ricezione. I Piani di Emergenza Interna per Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF) sono quell'insieme di disposizioni organizzative e procedurali che consente ad un ospedale di far fronte ad una Maxi-emergenza mantenendo uno standard di trattamento dei pazienti paragonabile a quello garantito al paziente singolo. L'obiettivo di tali piani è quello di ridurre il tempo di confusione e di abbassamento della capacità di cura degli ospedali, passando da una situazione di caos ad una condizione di moderata confusione al fine di ottimizzare le risorse e gestire in modo quanto più organizzato possibile l'emergenza in atto. Essi devono prevedere:

- Preparazione strutturale dell'ospedale;

- Rinforzo del personale;
- Riserve di materiali e presidi specifici;
- Disposizioni particolari e indicazioni organizzative;

2.4 Il Triage

La parola Triage significa selezione, scelta, e viene utilizzata, in Medicina delle Catastrofi, per individuare e categorizzare le priorità di trattamento in presenza di un gran numero di feriti. Il sanitario deve cominciare a capire, di fronte ad alto numero di feriti, quali siano più gravi, e fra questi, quali siano salvabili e necessitano di un trasporto o di un trattamento prioritario. Il concetto di salvabilità esprime un significato moralmente molto coinvolgente: si tratta di dover decidere di aiutare dopo di altri o di dover “abbandonare” quei feriti talmente gravi (concetto di codice blu) che difficilmente si potrebbero salvare con gli strumenti disponibili, pena il rischio di perdere anche i feriti salvabili.

Esistono tanti differenti metodi di triage: la prima distinzione da fare riguarda i protocolli del Triage Extra-Ospedaliero e quello Ospedaliero, sia in relazione alla tipologia di triage applicato che per diverse finalità che si prepongono. Sicuramente metodi di triage che privilegiano la semplicità e la rapidità a scapito della sensibilità sono più idonei sulla zona dell'evento dove si trova maggior caos o dove sono presenti i volontari del soccorso (metodo START).

Nelle strutture campali e in Ospedale il soccorso sanitario deve necessariamente essere più organizzato, con personale specifico, magari con un maggiore dispendio di tempo ma con risultati più attendibili (metodo SMART, FAST, SORT).

Gli strumenti indispensabili per un triage efficace ed efficiente sono raccolti in kit-paziente contenenti: nastri o elastici colorati per l'attribuzione del codice colore, schede di triage impermeabilizzate, penne, megafono, torce e DPI (Dispositivi di Protezione Individuale). Il personale addetto al triage assume un ruolo molto particolare, poiché deve avere la capacità di riconoscere, in tempi molto limitati, la gravità delle condizioni dei coinvolti, applicando un metodo oggettivo e scarsamente condizionato dall'operatore. Solo una formazione adeguata degli operatori sui metodi permette di acquisire uno strumento valido per tentare di ottenere una risposta adeguata all'evento.

Numerosi sono i metodi disponibili in letteratura. Negli ultimi anni ha riscosso successo in ambito nazionale il metodo START che ha requisiti importanti e basati sul linguaggio

ABCDE (introdotto dall'ATLS) punto di riferimento nel trattamento del paziente traumatizzato. I codici di criticità attribuiti ai pazienti secondo i vari tipi di triage sono di tipo numerico o colore, come espresso nella tabella:

Codice colore	Priorità	Descrizione
Rosso	1	Lesioni che mettono immediatamente a rischio di vita il paziente ma che possono essere trattate con successo
Giallo	2	Pazienti con lesioni potenzialmente pericolose ma che al momento non mettono a rischio la vita del paziente
Verde	3	Pazienti non gravi che possono avere un trattamento dilazionabile
Nero	4	Pazienti deceduti
Blu		Pazienti con lesioni talmente gravi che la loro speranza di sopravvivenza è molto ridotta anche se trattati adeguatamente

Tabella 3: Codici di Criticità

TRIAGE START: è l'acronimo di Simple Triage And Rapid Treatment. Questo modello è stato utilizzato in numerose situazioni di catastrofe o grandi eventi di massa, dimostrando a pieno la propria efficacia. I principi che sono alla base del protocollo START possono rimanere invariati anche per il paziente pediatrico. Diverse organizzazioni hanno adottato lo START e lo hanno modificato per offrire un migliore approccio al paziente pediatrico. Il Dott. Lou E. Roming ha creato il protocollo JumpSTART.

Nella valutazione della persona coinvolta l'operatore deve porsi una sequenza di cinque domande secondo l'ordine ABCDE e, in relazione alle risposte ottenute, si attribuisce il codice colore, Verde, Giallo, Rosso o Blu. Il codice blu, inizialmente, non era presente nel protocollo START; sostituisce il codice nero, ovvero il paziente deceduto, che poteva essere attribuito solo da personale medico.

Nell'applicazione del protocollo è ammessa l'esecuzione di alcune manovre salva-vita come la disostruzione delle vie aeree (con posizionamento di cannula oro-faringea), l'arresto di ogni emorragia esterna importante in atto, la protezione termica e il corretto posizionamento del paziente.

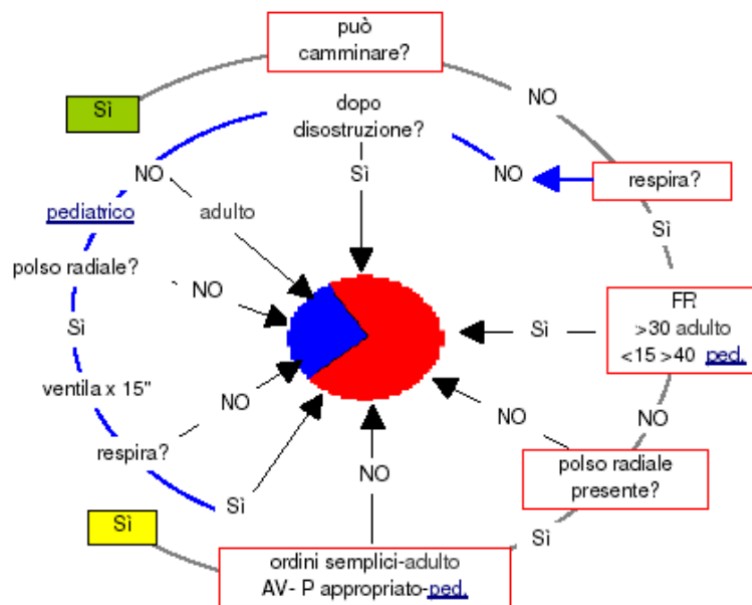


Figura 1: Algoritmo Triage START individuato dalla Cives Toscana

L'aspetto più importante dello START è dato dalla sua semplicità e dalla facilità di applicazione, previo un sufficiente addestramento, anche il personale non strettamente sanitario può eseguirlo correttamente. Infatti sul luogo dell'evento, è necessario impiegare un elevato numero di soccorritori reperiti con rapidità; il tempo a disposizione è scarso, i pazienti tanti e le risorse disponibili quasi nulle, il tutto in un ambiente caotico e spesso sottoposto a rischio evolutivo. Quindi in questa fase è obbligatorio adottare un sistema di triage rapido e semplice.

TRIAGE SMART: è l'acronimo di Semplice Metodo per un Avanzato e Rapido Triage. Questo sistema di Triage, creato e diffuso dal gruppo italiano PME (Progetto Maxi-Emergenza), vuole essere un tentativo di associare velocità e semplicità di impiego ad attendibilità e specificità di categorizzazione delle vittime per garantire un trattamento adeguato e repentino ai pazienti più gravi. Inoltre, valuta anche patologie non specificatamente di origine traumatica, che comunque possono presentarsi durante un evento di maxi-emergenza e considera le lesioni importanti che possono presentarsi senza alterare i parametri vitali, sia in fase precoce che tardiva.

Il triage SMART viene effettuato da personale sanitario, medici e infermieri, formato sui principi della Medicina delle Catastrofi in sede sia extra che intra-ospedaliera: L'operatore con semplice colpo d'occhio, supportato dalla ricerca della presenza delle funzioni vitali e con l'utilizzo del solo saturimetro in alcuni casi, deve porsi una sequenza di cinque domande secondo l'ordine ABCDE e, in relazione alle risposte

ottenute, attribuisce un codice colore, Rosso Avanzato, Rosso, Giallo o Verde, che individuerà diversi percorsi di diagnosi e trattamento sia sul territorio (PMA ed ospedale da campo), che in ospedale.

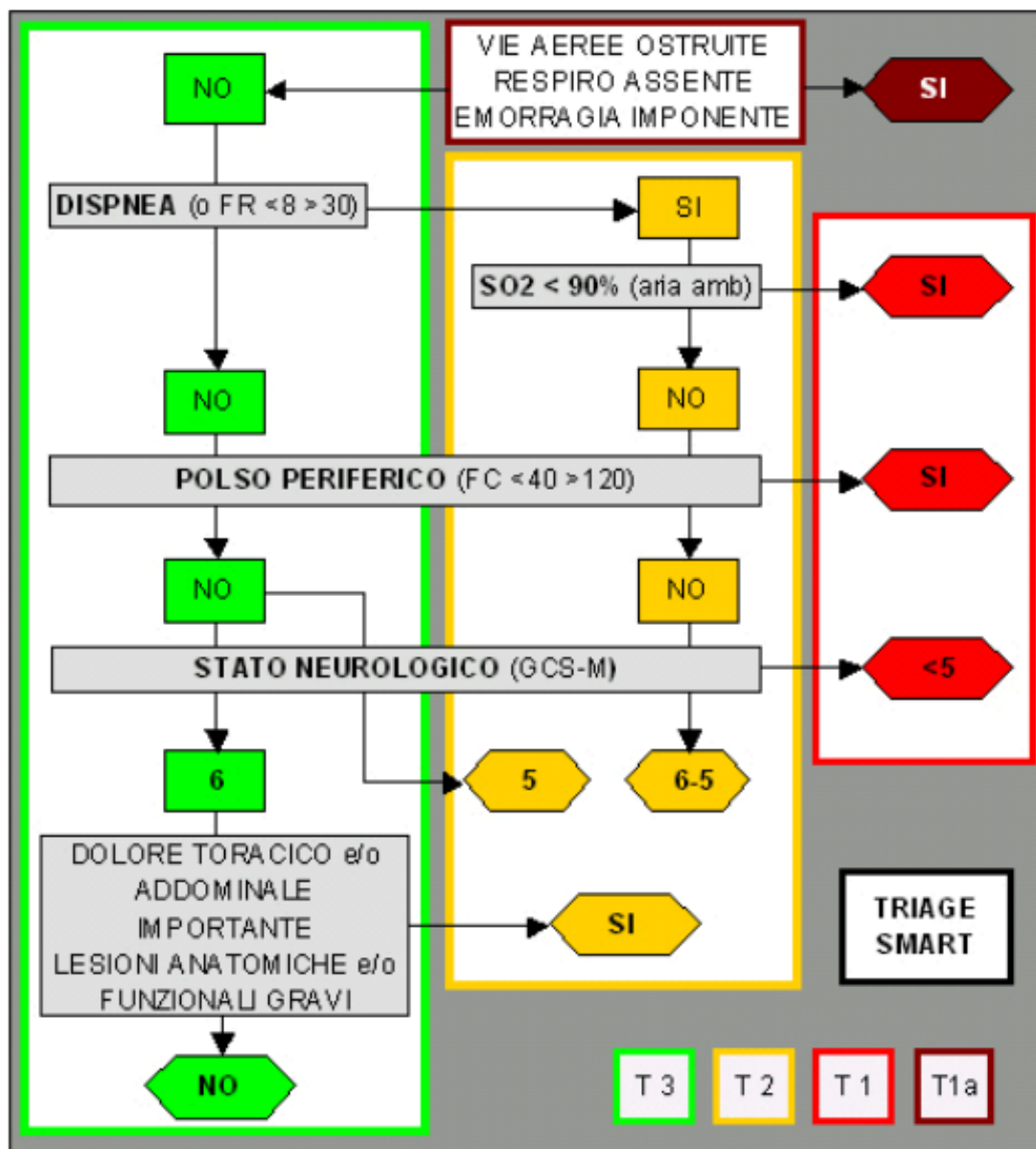


Figura 2: Algoritmo Triage SMART individuato dalla Cives Toscana

Capitolo 3: Conseguenze psichiche della Catastrofe

3.1 La risposta psichica dei soccorritori alla catastrofe

Ogni evento catastrofico può causare conseguenze molto gravi, i danni riportati si estendono all'intera comunità, producendo danni fisici e psicologici alle vittime.

Al soccorritore, formato ed abilitato a operare in situazioni di emergenza, è richiesto:

- il controllo del luogo dell'intervento, al fine di proteggere sé stessi e le vittime, prevenendo ulteriori incidenti ed effettuando la valutazione dei rischi come prima fase delle operazioni di soccorso,
- la conoscenza dei pericoli che potrebbero derivare da uno scenario incidentale a volte anche complesso, prevenendoli se possibile, o affrontandoli nell'ambito delle proprie competenze e senza assumersi compiti non adeguati alle sue capacità,
- la collaborazione con le altre figure professionali del soccorso, ed in assenza la valutazione della necessità del loro intervento.

Oltre a questo, il soccorritore dovrebbe anche possedere alcune importanti caratteristiche personali che possono contribuire ad aumentare la sicurezza sulla scena, quali:

- stabilità emotiva per riuscire ad affrontare e superare tutti gli aspetti di una situazione di emergenza,
- capacità organizzativa e di collaborazione con le altre figure professionali per garantire un buon coordinamento delle varie fasi del soccorso,
- versatilità e capacità di adattamento alle situazioni imprevedibili,
- spirito di iniziativa per eseguire le procedure necessarie, nel rispetto del ruolo rivestito, e con autonomia decisionale.

Coloro che praticano professioni d'aiuto, come quelle sanitarie, in particolare Pronto Soccorso, Rianimazione, Emergenza Territoriale, ma anche Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine, Protezione Civile, Volontari del Soccorso, si trovano spesso a dover fronteggiare situazioni difficili che implicano:

- la presenza di vittime
- il rischio personale

- la presenza e conseguente gestione di sopravvissuti o di persone vicine alle vittime (parenti, amici)

In queste situazioni si possono generare nel soccorritore due tipi di paradossi.

Il primo è che si vivono esperienze che “fanno crescere” e maturare, sia dal punto di vista professionale che umano con il rischio di sconvolgere il proprio equilibrio psichico. L’altro paradosso è che in quelle situazioni, dove la normalità consiste nell’urlare, piangere, disperarsi, il soccorritore deve mantenersi estraneo e concentrarsi sul lavoro, ovvero comportarsi in maniera “anormale”.

Quante volte il soccorritore, nel proprio lavoro, ha dovuto dire: ”non si può fare più niente”; quante volte ha interrotto un tentativo di rianimazione perché qualcuno ha detto: “basta, possiamo smettere” mentre lui era ancora lì, con la voglia di andare avanti, con la speranza che potesse accadere ciò che in cuor suo sapeva che difficilmente si sarebbe potuto verificare; quando ha dovuto comunicare un evento luttuoso e rispondere alla domanda che conosce fin troppo bene: “ma non si poteva fare qualcosa?”; quando è tornato ha casa con il dubbio nel cuore, ed il ricordo di un viso, due occhi che ancora lo guardano, anche se non potranno più vedere, con la speranza che nessuno gli chieda: “come è andata oggi?”; simulando indifferenza e normalità, fingendo di leggere un libro, per poi alla fine accorgersi che era al rovescio. Tutti questi ricordi e tutte queste situazioni e quelle che si creeranno negli anni, il soccorritore le chiude dentro di sé, in un grande contenitore, ma quanto tempo ci vorrà finché il contenitore si apra e vuoti tutto questo all’esterno? Quanti ne potrà ancora contenere?

Quindi chi pratica attività di soccorso deve possedere una grande specializzazione, sia da un punto di vista tecnico, che relazionale; inoltre deve essere fisicamente addestrato a sopportare disagi estremi. Deve inoltre possedere doti collaborative, dato che l’attività si svolge in squadre e grandi capacità di elaborazione e adattamento, considerato che le nuove situazioni saranno sempre diverse dalle precedenti che quindi anche le situazioni dovranno essere adattate. Possedere queste doti, migliorarle costantemente e soprattutto vederne i frutti, influisce molto sul soccorritore motivandolo e tenendo alto il senso di autostima.

Ma non sempre i soccorritori posseggono queste competenze oppure non sono sufficienti da sole a contrastare lo stress psichico al quale il soccorritore è sottoposto.

Charles Figley ha studiato la “fatica da compassione”, ovvero una sorta di sofferenza empatica che si verifica nel momento del contatto soccorritore-vittima.³ Suggestiva è anche la definizione di “contagio psichico”, che riassume la teoria della

“traumatizzazione” vicaria, di Pearlman e Saakvitne, secondo la quale le esperienze degli operatori sanitari vengono vissute in maniera negativa, nonché cumulativa a causa del coinvolgimento con le vittime.³ Tutto ciò può causare una sorta di disagio, in cui l'operatore può mettere in discussione competenza, autostima e fiducia nelle proprie capacità. Altro concetto che viene introdotto è quello di “trauma secondario”; infatti la convivenza con la paura, con intensi carichi emotivi, con la sofferenza, con la stessa aggressività che a volte le vittime possono manifestare producono nel soccorritore effetti estremamente pericolosi per il suo equilibrio e per la sua stessa vita sociale.³

Relativamente all’Emergenza Territoriale, il soccorritore non viene investito dal solo trauma secondario, ma vive anche un suo personale “trauma primario”, in quanto condivide lo stesso ambiente, gli stessi pericoli delle vittime, dove a volte è sfumato il sottile confine di separazione.³

Sempre secondo Figley nel trauma cumulativo si possono riconoscere tre componenti:

- Controtrasfert;
- Burnout;
- Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD).³

Il Controtrasfert è una condizione nella quale il soccorritore identifica nell'accaduto un suo vissuto, con conseguente coinvolgimento diretto. Questa situazione può limitare l'efficacia dell'intervento, o portare l'operatore ad un isolamento difensivo.

Il Burnout è un termine coniato da Maslach, nel 1977, dopo aver notato e studiato operatori che esprimevano segni di distacco dalla propria professione, con manifestazioni che variavano dal nervosismo, all'apatia, al senso di frustrazione, alla perdita di entusiasmo, fino al cinismo verso le situazioni lavorative. Una delle tante definizioni, afferma che il Burnout è un fenomeno multidimensionale dove interagiscono fattori socio-ambientali, aspetti fisici ed organizzativi dei luoghi di lavoro variabili individuali. Il Burnout può essere considerato un processo evolutivo; molti operatori sono a rischio di svilupparlo, soprattutto coloro che affrontano la propria attività con entusiasmo. Altri fattori favorenti tale condizione sono: la durata dell'esposizione ad eventi in cui vi sia notevole divario fra richieste e risorse, i sovraccarichi di responsabilità, le incertezze causate da una cattiva organizzazione, il mancato riconoscimento dei meriti.

Il Disturbo Post Traumatico da Stress è caratterizzato dalla presenza nel tempo di reazioni di tipo traumatico. E' fondamentale il riconoscimento di tali sintomi per fornire al soggetto il miglior aiuto possibile e facilitare la soluzione al suo problema. La sintomatologia può essere varia, può spaziare dal semplice ricordo dell'esperienza vissuta, al sogno ricorrente dell'evento, dall'evitare qualunque cosa possa evocare il trauma all'incapacità di ricordarne particolari importanti, dal distacco verso gli altri al pessimismo per il proprio futuro.

I fattori che provocano stress sono diversi, alcuni possono apparire insignificanti e quindi spesso sottovalutati, altri sono chiaramente negativi.

- Aspettative: ognuno vorrebbe il lieto fine per ogni intervento, ma è altrettanto chiaro che ciò non è possibile.
- Esposizione al pericolo: spesso si è costretti a lavorare in situazioni di non sicurezza, in presenza di pericoli evolutivi in ambienti ostili soprattutto i sanitari dell'Emergenza Territoriale.
- La cronica mancanza di tempo: tale condizione oltre ad essere un evento di per sé stressogeno, è anche una fonte di altri rischi, sia fisici come la diminuzione di autoprotezione, sia psichici come l'allarme improvviso.
- Responsabilità dirette decisionali: il dover prendere una decisione assegnare un codice blu o di dedicarsi prioritamente ad un paziente perché è quello che ha più probabilità di sopravvivere ed ignorarne altri. Inoltre, spesso si è costretti a pensare, valutare e decidere in ambienti caotici e situazioni difficili.
- Il numero dei soccorritori: influisce il rapporto negativo tra le risorse da mettere in gioco e le risorse necessarie.
- Precedenti esperienze o recenti lutti personali: un evento spesso rievoca un'esperienza negativa già vissuta, spesso con un finale già vissuto.
- Incidenti occorsi a colleghi: ogni persona potrebbe identificarsi con l'accaduto.
- Eventi luttuosi o violenti che coinvolgono i bambini: questo genere di eventi assumono significati molto più importanti e particolari.
- Importanza dell'evento: il tipo di evento e il numero di vittime coinvolte in esse.
- Consapevolezza della preoccupazione di persone a noi vicine: la consapevolezza che quando ci si reca a lavoro, i familiari vivano nella paura che possa accadere qualcosa, causa molto stress.
- Rapporti con colleghi o superiori: non sempre si instaurano rapporti perfetti, spirito di squadra e non sempre si condividono scelte o decisioni con i superiori. A volte

si può essere in disaccordo con la politica o l'organizzazione della struttura in cui si opera, altre si giudicano non adeguati i colleghi di lavoro.

Il soggetto esposto a stress generalmente attraversa tre fasi:

- Reazioni fisiche: caratterizzate da sintomi e segni perfettamente normali e adeguati alla circostanza, quali tachicardia, tachipnea, sudorazione, nausea, vomito. E' sbagliato nascondere queste situazioni mentre è giusto il confronto con altri e scoprire di essere perfettamente in linea con ciò che sentono i colleghi.³
- Reazioni comportamentali: le problematiche possono modificare atteggiamenti non solo lavorativi, ma anche della sfera personale e sociale. In particolare si può assistere all'abuso di alcool, fumo, droghe o farmaci, può comparire una sorta di auto-isolamento, con deterioramento dei rapporti familiari e sociali, iperattività associata a incapacità di dormire, crisi improvvise ed ingiustificate di pianto.³
- Reazioni emotive: in questa fase il soccorritore può manifestare tristezza, depressione non motivati, difficoltà di concentrazione, sogni ricorrenti, fino ad arrivare ad ipotesi suicidarie.³

Queste tre fasi potrebbero essere considerate come normali reazioni ad eventi gravi, ma solo quando il contesto temporale è breve, fa riferimento ad una reazione "acuta" ad un evento traumatico. Nel momento in cui tali manifestazioni persistono nel tempo, la condizione diviene preoccupante e non si tratta più di una reazione normale allo stress.

Per evitare che questo accada occorre intervenire in anticipo, ovvero occorre non aspettare che si manifestino reazioni o fenomeni che possano interferire con la normale vita, bensì creare una preparazione di base che aiuti ad affrontare, con i giusti atteggiamenti, tutti gli eventi traumatici o le possibili cause di stress.

3.2 Strategie e tecniche per non divenire vittima

Ogni infermiere soccorritore che si trova ad operare in situazioni catastrofiche con feriti e vittime che potrebbero far parte della propria comunità, della propria vita privata o lavorativa, potrebbe divenire vittima della Catastrofe stessa, sia fisicamente, ovvero rimanere ferito dall'evento, o psicologicamente. Per evitare che il soccorritore diventi vittima psicologica dell'evento, è fondamentale che la struttura sanitaria in cui opera, metta in atto alcune strategie e tecniche che possano prevenire o individuare efficacemente, i segni di cedimento, fino ad accompagnare l'infermiere in un percorso terapeutico.

Volendo adottare un percorso ideale, ci si deve affidare ad uno dei paradigmi più diffusi il programma CISM (Critical Incident Stress Management), che delinea in maniera completa, il percorso che dovrebbero adottare tutti coloro che lavorano nell'emergenza.

Tale protocollo indica come essenziali tutte le seguenti fasi:

- Formazione preventiva.
- Supporto sulla scena.
- Defusing.

Il primo punto fondamentale da sviluppare, è l'opera di prevenzione. Bisogna sempre agire prima che l'evento si verifichi e soprattutto che si verifichino i primi cenni di cedimento emotivo e psicologico del soccorritore. Il soccorritore deve essere ben preparato, conoscere a fondo le situazioni che dovrà vivere e le modalità con cui dovrà affrontarle. In particolare l'intervento dovrà essere mirato:

- Alla conoscenza di fattori stressanti;
- Alla conoscenza delle possibili reazioni sia da parte dell'intero gruppo che del singolo;
- Alla conoscenza delle metodiche auto-aiuto da adottare in determinati casi;
- Al riconoscimento dei segni di tensione;
- Alla condivisione delle esperienze emotive con l'intera equipe.

Inoltre, sempre per la salvaguardia dei soccorritori sarebbe opportuno adottare provvedimenti atti a non gravare sulla loro salute psichica quali:

- Attuare una selezione del personale, in considerazione che non tutti sono predisposti o adeguati a lavorare in emergenza o in aree critiche, mentre molto spesso, soprattutto per gli infermieri, i reparti vengono assegnati in base alle sole esigenze del momento;
- Adottare protocolli chiari, efficaci e condivisi dall'intero gruppo, in modo da fornire strumenti generali che possano essere utili in determinate situazioni o che attraverso piccole modifiche riescono a fronteggiare tutti i tipi di eventi. L'emergenza, per quanto diversa dalle altre, necessita di un'accurata programmazione, senza la quale anche le soluzioni più banali potrebbero non venire alla luce nel momento del bisogno;
- Assegnare i ruoli secondo la preparazione e la predisposizione del personale;
- Progettare e organizzare attività di esercitazioni, tanto più valide quanto più in grado di stimolare emozioni realistiche;

Molto importante è la seconda fase secondo la quale, durante l'evento, possono essere attuate strategie di supporto quali:

- La rotazione degli incarichi, soprattutto in operazioni di lunga durata, per far sì che durante l'intervento si passi da attività più stressanti e impegnative ad altre meno pesanti sia da un punto di vista fisico che psicologico;
- E' utile prevedere, sempre negli interventi di lunga durata, sia la turnazione del personale con turni non superiori alle 4-5 ore, che dei momenti di riposo nei quali i soccorritori abbiano modo di rilassarsi, mangiare, cambiarsi o lavarsi. Questi aspetti sono ben definiti nei protocolli PEIMAF, mentre nelle fasi pre-ospedaliere vengono completamente sottovalutati per la carenza di personale. Infatti, per definizione, le risorse da mettere in campo sono sempre poche rispetto alle richieste;
- E' necessario che ci sia per i soccorritori la possibilità e del tempo dedicato per accedere ai sostegni emotivi, durante le fasi dello stesso intervento. Poche sono le realtà organizzate da questo punto di vista, anche se con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della direttiva n. 200/2006 "Criteri di massima sugli interventi psicosociale da attuare nelle Catastrofi" da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dipartimento Protezione Civile), c'è stato un grande passo in avanti su questo aspetto. Questi criteri sottolineano l'esigenza di fronteggiare, durante eventi catastrofici, i bisogni psico-sociali emergenti, sia verso le popolazioni colpite che verso i soccorritori. Viene inoltre presentata una scheda di triage psicologico per la valutazione del disagio, con classi di priorità.

Dopo l'intervento l'opera di assistenza al personale, va proseguita con interventi che devono analizzare e inserire le reazioni dei singoli nel contesto globale, valutandole, ed eventualmente pianificando dei percorsi per i più esposti.

Il Defusing (dall'inglese *defuse, disinnescare*), è una tecnica ampiamente utilizzata nella psicologia dell'emergenza che dovrebbe essere attuata al termine dell'intervento, in ogni caso al massimo entro le 36 ore successive. Si tratta di un breve colloquio, non condotto da un professionista della salute, ma è preferibile che venga condotto da una figura di riferimento dell'equipe possibilmente esperto nei lavori di gruppo. È preferibile che questa figura sia membro effettivo dell'equipe, riconosciuta anche per le sue capacità di soccorritore, in modo che non venga considerato un intruso. Meglio ancora se ha conseguito anche una specifica formazione per poter correttamente svolgere questa funzione (peer supporter). Il Defusing deve essere svolto in un luogo

tranquillo, non disturbato da persone o telefoni, la partecipazione è libera e volontaria.

Deve attraversare tre fasi:

- Introduzione: dove viene illustrato come si svolgerà la riunione e quale fine persegue; bisogna chiarire che nulla di quanto detto uscirà dal limite dei presenti e che non si farà una analisi tecnica dell'intervento, bensì del vissuto di ognuno dei soccorritori.
- Esplorazione: in questa fase ognuno dei presenti potrà, in massima libertà, raccontare sensazioni, emozioni ecc. Tutti possono intervenire, ma nel pieno rispetto degli altri. In questo modo si crea una condivisione dell'evento e delle emozioni provate, creando in questo modo la consapevolezza della normalità di ognuno dei partecipanti e la coscienza che il "peso" di pensieri, paure, e quanto altro, viene comunque portato non da uno ma bensì dal gruppo intero. Alla fine, il peer riepiloga quanto detto, e restituisce un feed back non fondato sul parere personale bensì sulla normalità del vissuto e delle reazioni in relazione all'evento che le ha prodotte.
- Informazioni: prima del congedo vengono date ai partecipanti nozioni generali sulle reazioni a questo tipo di traumi, portando sulla linea della normalità, quanto espresso dal gruppo; verranno anche illustrate le reazioni che potrebbero manifestarsi nei giorni seguenti ed eventuali indicazioni sui servizi di supporto che i singoli potrebbero sentire il bisogno di contattare.

Riconoscere le reazioni e collegarle agli eventi è il primo passo per restaurare una condizione di equilibrio. Il defusing, non è un intervento clinico, si colloca in una prospettiva deopatologizzante, che sollecita la comunicazione e il supporto sociale per ridurre l'effetto disorganizzante degli eventi critici. L'obiettivo è rielaborare brevemente e collettivamente il significato dell'evento e ridurre al minimo l'impatto dell'avvenimento traumatico.

La condivisione dell'esperienza, oltre a permettere l'integrazione dei vissuti che forti stress e traumi tendono a dissociare nella patologia, riduce il fenomeno dello stigma e apre alla possibilità di una trasformazione dei comportamenti e delle reazioni allo stress professionale.

Un'altra tecnica importante è il Debriefing. Rispetto al Defusing, consiste in una tecnica molto più complessa, dove è necessaria la presenza come conduttore (debriefeer) di personale specializzato, quali uno o più psicologi. Inoltre, questa metodica deve necessariamente far parte di un ben più ampio programma di assistenza, per avere risultati positivi. Non va inteso come psicoterapia, bensì come un supporto per la

gestione delle emozioni. Durante l'incontro queste emozioni verranno mobilizzate, evocando sofferenze anche importanti. Per tale motivo, è fondamentale la presenza dello psicologo. Deve avere le seguenti caratteristiche:

- Massimo 12 partecipanti;
- Ambiente idoneo, ovvero confortevole (luce, spazi, aria, temperatura) e protetto da qualunque fonte di disturbo;
- E' preferibile che durante il debriefing nessuno lasci la stanza;
- I partecipanti dovranno essere disposti in modo che ognuno possa guardare tutti gli altri;
- Va organizzato preferibilmente tra le 24 e le 72 ore dall'evento, per ottenere una maggiore efficacia, comunque non oltre le 96 ore.

Il debriefing non viene lasciato all'improvvisazione, bensì si articola nelle seguenti fasi:

- Esposizione degli obiettivi.
- Fatti: ogni partecipante si presenta e spiega cosa è successo.
- Pensieri: ogni partecipante descrive sentimenti e pensieri.
- Reazioni: le reazioni individuali vengono commentate. Ogni partecipante è invitato a concentrarsi sugli aspetti peggiori dell'esperienza.
- Sintomi: ogni partecipante espone le risposte allo stress sperimentate durante e dopo l'incidente.
- Riflessione: si insiste sulla normalità di tali reazioni e si insegnano o ricordano i meccanismi dell'affrontamento.
- Chiusura: si risponde alle domande, si dà l'opportunità di dare voce a qualunque pensiero rimasto inespresso e si offre la possibilità di un sostegno aggiuntivo.

Il Debriefing ha come scopo quello di insegnare a capire e gestire le normali reazioni derivanti da un evento traumatico. A tale scopo, viene creato uno spazio in cui le persone si sentano finalmente al sicuro, accompagnate e guidate terapeuticamente nel processo di integrazione e risoluzione.

3.3 II BUDDY CARE

Il Buddy Care è una strategia che potrebbe essere messa in atto durante e dopo eventi catastrofici da parte dei soccorritori. Non ci sono ancora linee guida che evidenziano il suo utilizzo e la sua efficacia in campo sanitario. Questo termine che tradotto letteralmente significa "assistenza al compagno", viene utilizzato esclusivamente in campo militare. L'esercito forma i propri militari alla salvaguardia di se' stessi e dei

propri compagni. Durante un operazione, in caso ci si ferisca o si trovi un compagno ferito, il militare deve essere capace di aiutare se stesso o il compagno, mettendo in pratica un protocollo militare basato sul primo soccorso, fino all'arrivo dei soccorsi sanitari , che potrebbero arrivare anche dopo ore.

L'assistenza al compagno è un aspetto molto importante, che dovrebbe essere sviluppato anche in campo sanitario. Ogni intervento, in caso di catastrofe, viene gestito da un team, da una squadra, dalla quale dipende la riuscita dell'intervento. Il benessere della squadra dipende dall'insieme delle caratteristiche dei singoli componenti. Nel caso in cui anche un solo componente della squadra sviluppi pensieri negativi o rimanga ferito, l'intera squadra viene influenzata da questo aspetto, che a sua volta si ripercuote sulla riuscita dell'intervento. Per questo, si dovrebbe trattare questo aspetto in modo da poter creare un team che si aiuti a vicenda in una situazione critica, che si supporti nel momento dell'evento e dopo l'evento, quando i ricordi prosciugano l'anima.

L'intero team di soccorso dovrebbe essere seguito da uno psicologo o psichiatra in modo da poter affrontare le proprie paure, l'ansia e gli eventi traumatici.

L'operatore dovrebbe riconoscere i propri segni di cedimento e rivolgersi ad uno specialista, ma questo spesso non avviene a volte per vergogna, altre per non aver riconosciuto i segni di cedimento psichico. Proprio per questo, gli operatori dovrebbero essere incoraggiati a riferire agli specialisti comportamenti anomali da parte dei colleghi con cui lavorano. Il Buddy Care, è una strategia che si propone come obiettivo quello di monitorare i primi cenni di cedimento dei soccorritori.

Tutti gli operatori del team dovrebbero essere formati sul riconoscimento dei segni e sintomi di disagio (riduzione dell'interesse per attività che prima suscitavano entusiasmo e partecipazione, irrequietezza, comparsa di pensieri negativi sulla vita e di "mancanza di senso" delle cose, passività e disinvestimento dagli interessi e dalle relazioni, spesso motivati da affaticamento e stanchezza), propri e dei propri colleghi e sulla modalità di supporto. Dovrebbero essere creati incontri fissi con degli specialisti come psicologi dell'emergenza o psichiatri in modo da poter imparare a riconoscere i segni, tutte le modalità di supporto e infine creare una squadra in grado di supportarsi.

Ogni componente del team, in una situazione catastrofica affronta le stesse reazioni emotive, per questo è opportuno che il team si conosca e si supporti a vicenda e nel caso in cui si verificano i segni e sintomi di disagio si attivi da parte del team uno specialista, specializzato in psicologia dell'emergenza , in grado di creare un percorso terapeutico.

3.4 Progetto educativo: L'assistenza Psicosociale agli operatori sanitari coinvolti in una Maxi-emergenza

TITOLO DEL PROGETTO	L'ASSISTENZA PSICOSOCIALE AGLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI IN UNA MAXIEMERGENZA
RAZIONALE	L'emergenza extraospedaliera , affronta scenari a forte impatto emotivo sia per i cittadini ma anche per gli operatori sanitari coinvolti nei soccorsi. In particolare la Maxiemergenza è un evento a gestione complessa, che espone vittime, soccorritori e parenti delle vittime a reazioni da stress traumatico. Per questo si reputa necessario il riconoscimento della complementarità degli interventi sanitari e psicosociali a supporto soprattutto degli operatori sanitari. Pertanto si è pensato di elaborare un progetto da attivare in tali scenari per l'assistenza psicosociale in emergenza, attuato da professionisti psicologi formati e preparati a lavorare nei contesti di emergenza.
OBIETTIVO	Fornire supporto emotivo agli operatori sanitari coinvolti in una maxiemergenza.
MODELLO DI INTERVENTO/ ATTIVITA'	<ul style="list-style-type: none"> -Sottoporre gli operatori alla compilazione della scheda di Triage Psicologico subito dopo la fine dell'intervento. -Organizzare il Debriefing e il Defusing entro 72 ore dalla fine dell'intervento. -Organizzare degli incontri settimanali individuali di due ore a seduta per il primo mese. -Dopo il primo mese dall'evento, organizzare incontri individuali una volta ogni due settimane per i prossimi due mesi. -Dopo i due mesi organizzare incontri individuali mensili per tre mesi. -A sei mesi dall'evento, se le condizioni degli operatori lo permettono, organizzare un incontro ogni tre mesi. -Dopo un anno dall'evento organizzare ogni sei mesi un incontro. -Dopo due anni dall'evento, organizzare un incontro all'anno che può essere collettivo se le condizioni degli operatori lo permettono.
MEZZI E RISORSE	<ul style="list-style-type: none"> -Personale specialistico quale uno psicologo o uno psichiatra, -Scheda di Triage Psicologico (Allegato 1), -Organizzazione di Debriefing e di Defusing. -Incontri settimanali, mensili o annuali con degli psicologi o psichiatri

VALUTAZIONE	<p>Gli operatori sanitari coinvolti in una Maxi-emergenza vengono presi in carico da un Team di Psicologi dell’Emergenza, che mettendo in atto una serie di metodologie e di conoscenze, limitano il disagio psicologico di singoli o gruppi, in seguito ad eventi potenzialmente distruttivi, quali calamità naturali, guerre, eventi improvvisi, attentati.</p> <p>Gli operatori sanitari vengono presi in carico nelle primissime ore successive all’evento catastrofico, per evitare che il possibile trauma si trasformi in problematiche a lungo termine, quali per esempio il PTSD, ovvero il Disturbo Post Traumatico da Stress.</p>
--------------------	--

CONCLUSIONI

Gli eventi catastrofici e la maxi-emergenza che ne consegue, sono eventi improvvisi che possono portare nella vita delle persone colpite, cambiamenti inaspettati e drastici.

Essi non avvengono con molta frequenza e possono essere di varia natura, per questo, non può esserci una preparazione eccellente. È fondamentale in questi casi una grande preparazione dei soccorritori e un'accurata programmazione degli interventi di risposta.

La formazione dei soccorritori non è sufficiente per rispondere all'evento, occorre che ci siano altri fattori come la predisposizione caratteriale e la capacità di prendere decisioni tempestive, efficaci ed efficienti. I soccorritori quindi devono possedere una formazione sull'emergenza, caratteristiche personali e capacità decisionali per questo è necessario un continuo addestramento per sviluppare queste caratteristiche o migliorarle. Queste caratteristiche e competenze spesso non sono possedute dai soccorritori oppure non sono sufficienti per fronteggiare gli eventi traumatici. Questo porta nel soccorritore dei pensieri negativi che possono sfociare in disturbi.

Questo elaborato ha come obiettivo quello di approfondire l'aspetto psicologico dei soccorritori coinvolti in una Maxi-Emergenza.

Ogni infermiere che lavori in un reparto di emergenza o nelle emergenze territoriali, si trova a dover combattere con le proprie paure e con un carico di emozioni elevato soprattutto durante una maxi-emergenza. Il rischio di cadere in patologie post traumatiche è alto per questo bisogna supportarli nell'intero intervento e dopo di esso. Il Disagio che colpisce i professionisti dopo una Maxi-Emergenza è dovuto alla mancanza di supporto da parte di specialisti. Le reazioni possono essere di vari tipi ma le strategie e tecniche da mettere in atto sono poche e semplici. Il lavoro di prevenzione è fondamentale per evitare il rischio di disagio psicologico dei soccorritori.

Il supporto durante l'intervento è necessario, per questo devono essere introdotti alcuni interventi, come la rotazione degli incarichi, le pause e la possibilità di incontrare degli specialisti quali psicologi o psichiatri. Infine, deve essere effettuato il supporto dopo l'intervento, con l'organizzazione di Debriefing e Defusing. Tutte queste tecniche e strategie possono aiutare a prevenire o a trattare il disagio che potrebbe crearsi nel soccorritore.

Le catastrofi e le maxi-emergenze sono eventi che colpiscono l'intera comunità, la funzione del soccorritore è quella di mostrarsi inflessibile ad esso per poter garantire la protezione e la sicurezza, ma i soccorritori provano le stesse paure e ansie di tutte le vittime, sopravvissuti o testimoni. Il soccorritore è sottoposto a rivivere in ogni intervento, anche se diverso, le stesse emozioni e reazioni, per questo non deve essere abbandonato a sé stesso ma supportato e aiutato a convivere con esse.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Lo Iacono, A. Troiano, M. (2002) *“Psicologia dell’emergenza.”* Editori Riuniti, Roma .
- ² Morra A., Odetto L., Bozza C., Bozzetto P., Agostinis S., Bariona M. n.d. *“Medicina delle Grandi Emergenze-Caleidoscopio Italiano”*
- ³Zuliani A., (2007) *“Manuale di Psicologia dell’Emergenza.”* Maggioli Editore.
- ⁴E. M. Zinnari, F. Germinal, B. Natalia, N. Brienza: (2014) *“La “Notte della Taranta”: nuove competenze dell’Infermiere Disaster Manager.”* *Professioni infermieristiche* v.67, n.4;
- ⁵Benson M. et al.: (1996) *“Disaster Triage: START, then SAVE – A new method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake”.* *Prehosp Dis Med* , 11: 117-124.
- ⁶Degano A., Pelaia P.: *Triage start: protocollo di classificazione delle vittime in caso di catastrofe. Analisi critica e sviluppo di una simulazione informatizzata.* Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Corso di Laurea in infermieristica- Anno Accademico 2002-03.
- ⁷Pantalone D., Agostini A., De Paola A., Grieco I., Gattai R., (2016) *“Gestione delle maxiemergenze in area sismica. Dal territorio all’ospedale.”* Minerva Medica Editore.
- ⁸Paladini F. (2009) *“GLI ARTIGLI DELL’AQUILA. VITA, MORTE E MIRACOLI DAL TERREMOTO”.* Vallecchi Editore.
- ⁹Pietrantoni L., Prati G., Palestini L. (2008) *“Il primo soccorso psicologico nella maxi-emergenze e nei disastri. Un manuale operativo”.* Clueb Editore.
- ¹⁰Axia V., (2006) *“Emergenza e psicologia. Mente umana, pericolo e sopravvivenza.”.* Il Mulino, Milano.
- ¹¹Sbattella F., Tettamanzi M., (2013) *“Fondamenti di psicologia dell’emergenza”* F. Angeli, Milano.

- <http://www.protezionecivilemarzabotto.it/class-catastrofi/13-classificazione-catastrofi.html>, visitato il 10 novembre 2019

- <http://www.protezionecivile.gov.it/servizio-nazionale/storia> visitato il 10 novembre 2019

- <https://www.gazzettaufficiale.it/sommario/codici/protezioneCivile> visitato il 10 novembre 2019

- <http://www.cives-toscana.it/wp-content/uploads/2017/12/protocollomaxi-emergenza.pdf> visitato il 10 novembre 2019

- <http://www.pubblicavalnure.it/sito/wp-content/uploads/2016/10/Manuale-Maxiemergenza.pdf> visitato il 10 novembre 2019

- <http://www.pubblicavalnure.it/sito/wp-content/uploads/2016/10/Manuale-Maxiemergenza.pdf> visitato il 10 novembre 2019

- <https://simedet.eu/wp-content/uploads/2018/04/il-ruolo-del-peimaf-nelle-maxiemergenze.pdf> visitato il 10 novembre 2019

- <http://www.cives-toscana.it/wp-content/uploads/2017/12/triage-min.pdf> visitato il 10 novembre 2019

- <http://www.psicosalute.com/wp-content/uploads/2010/12/Stress-Coping.pdf> visitato il 10 novembre 2019

- http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/direttiva-del-13-giugno-2006-criteri-di-massima-sugli-interventi-psico-sociali-nelle-catastrofi visitato il 10 novembre 2019

- <https://www.stateofmind.it/2017/11/psicologia-dellemergenza-defusing/> visitato il 10 novembre 2019

ALLEGATI

Allegato1

29-8-2006

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 200

SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO					
DATA:	__/__/__	OPERATORE	PSICOLOGO	PSICHIATRA	
ORA:		NOME:	COGNOME:		
SEDE DELL'INTERVENTO:					
PAZIENTE					
COGNOME:		NOME:		SESSO	M F
LUOGO E DATA DI NASCITA:					
INDIRIZZO:			TEL:		
LUOGO DI PROVENIENZA: <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> CANTIERE INDICARE INDIRIZZO:					
ACCOMPAGNATORE	NOME:	COGNOME:		TEL:	
PREGRESSI PROBLEMI PSICOLOGICI		SI	NO	(specificare): _____	
PREGRESSI PROBLEMI PSICHIATRICI		SI	NO	(specificare): _____	
TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI (specificare DOSE e POSOLOGIA):					
REAZIONE ALL'EVENTO CATASTROFICO DI CARATTERE:			VALUTAZIONE DELLE RISORSE:		
<input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> CAPACITA' DI COPING <input type="checkbox"/> INDIVIDUALI <input type="checkbox"/> COLLETTIVE		
<input type="checkbox"/> DEPRESSIVO <input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> DISPONIBILITA' A RICEVERE AIUTO		
<input type="checkbox"/> DI SCOMPENSO <input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> GRAVE					
INDICAZIONI D'INTERVENTO:					
FASE ACUTA	<input type="checkbox"/> SANITARIO <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> OSPEDALE/ OSPEDALE DA CAMPO				
	<input type="checkbox"/> SOSTEGNO DELL'EQUIPE PSICOSOCIALE				
FASE DI MEDIO TERMINE	<input type="checkbox"/> STRUTTURE PSICOLOGICHE E PSICHIATRICHE DEL SERVIZIO SANITARIO				
	<input type="checkbox"/> STRUTTURE SOCIOEDUCATIVE				
INTERVENTI EFFETTUATI:					
<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO PSICOLOGICO		<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO FARMACOLOGICO (DOSE E POSOLOGIA) ESCLUSIVAMENTE A CURA DEL PERSONALE MEDICO			
<input type="checkbox"/> DIMESSO		<input type="checkbox"/> RIFIUTA FIRMA: _____			

RINGRAZIAMENTI

Alla fine di questi tre anni di università credo di essere maturata molto come persona grazie alle conoscenze che ho fatto durante questo percorso, alle amicizie che ho coltivato e i rapporti che ho stretto. Per prima cosa volevo ringraziare l'università, le tutor e tutti i miei colleghi con il quale ho condiviso questo percorso.

Un grazie speciale va ai miei genitori, che mi sono sempre stati accanto, aiutandomi e confortandomi nei momenti difficili, cercando sempre di darmi consigli nelle mie scelte.

Ringrazio mio padre Mario, per non avermi mai fatto mancare niente anche a distanza e per essere stato sempre pronto a partire per aiutarmi in qualsiasi momento. Ringrazio mia madre Antonella, per non avermi mai fatta sentire sola e coccolata sempre come solo una mamma sa fare. Ringrazio mio fratello Cristiano che con il suo fare criticone mi ha aiutata a crescere e che a suo modo mi ha sempre sostenuta.

Ringrazio Giuseppe che con il suo amore mi ha aiutato a superare qualsiasi ostacolo, invogliandomi a continuare sulla mia strada e a fare ciò che ho sempre desiderato con lui al mio fianco.

Ringrazio la mia grande famiglia, i miei nonni, i miei zii e i miei amati cugini, perché senza di loro non sarei quella che sono oggi.

Ringrazio i miei compari, Maria Assunta e Nicola, e Edie e Omar secondi genitori pronti a sostenermi in tutti i miei traguardi e a donarmi amore. Ringrazio Alessandra, la bambina con cui sono cresciuta, dopo anni a tirarci i capelli adesso siamo pronte a gioire l'una per l'altra.

Ringrazio le mie amiche di sempre: Ilaria, Greta e Martina per essere sempre lì a supportarmi davanti ad un caffè come se non fosse cambiato niente, pronte a festeggiare per un traguardo oppure a confortarci per una sconfitta.

Ringrazio Elisabetta, la persona con cui ho condiviso tutto in questi tre anni: casa, università, tirocini e pazzie. Abbiamo iniziato questo percorso insieme senza conoscerci e lo finiremo insieme come persone che si conoscono da una vita. Ti auguro tutto il meglio che la vita ti possa dare perché davvero te lo meriti.

Ringrazio Valentina, la mia compagna di avventure, sempre pronta a far festa e aiutarmi in qualsiasi momento, con la quale ho condiviso tre anni pieni di gioia.

Ringrazio Francesca, la mia best conquinina, un po' disordinata e stralunata, ma la persona più buona che io abbia mai incontrato, sempre pronta a salvarmi da qualche casino. Ringrazio tutte le mie coinquiline di questi anni, con cui ho condiviso tanto e dalle quali ho imparato tante cose.

Ringrazio tutti gli infermieri, incontrati in tre anni di tirocinio, che mi hanno saputo insegnare e dare consigli. Ringrazio i miei pazienti che si sono fidati e mi hanno insegnato il rispetto per gli altri e cose che la vita di tutti i giorni non insegna.

Infine, ringrazio me stessa per non aver rinunciato ed essersi fatta forza nei momenti di difficoltà. Grazie.

Rosangela