



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LE MAXIEMERGENZE:
L'ORGANIZZAZIONE DEI SOCCORSI E LA
GESTIONE DEL DISAGIO PSICOLOGICO**

Relatore: Chiar.mo
Dott. Stefano Marcelli

Tesi di Laurea di:
Federico Paci

Correlatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

A.A. 2018/2019

INDICE

Introduzione		Pag. 1
Capitolo I	La gestione della maxiemergenza extraospedaliera.	Pag. 4
1.1	L'organizzazione dei soccorsi sanitari.	Pag. 4
1.1.1	Pianificazione.	Pag. 5
1.1.2	Attuazione dei soccorsi.	Pag. 7
1.1.3	Intervento territoriale.	Pag. 8
1.2	Le strutture campali: il PMA.	Pag. 9
1.3	Il triage e i suoi protocolli.	Pag. 11
1.3.1	Protocollo START.	Pag. 12
1.3.2	Protocollo SMART.	Pag. 13
1.3.3	Protocollo CESIRA.	Pag. 16
Capitolo 2	Approccio assistenziale alle vittime di una catastrofe.	Pag. 18
2.1	Gestione del paziente politraumatizzato.	Pag. 19
Capitolo 3	Il disagio psicologico nelle maxiemergenze.	Pag.22
3.1	Il supporto psicologico alle vittime: il disturbo da stress post traumatico.	Pag. 22
3.2	Il supporto psicologico ai soccorritori: il burnout.	Pag. 24
3.3	Strategie e tecniche anti-disagio psicologico.	Pag. 25
Conclusioni		Pag. 27
Bibliografia		Pag. 29
Ringraziamenti		Pag. 30

Introduzione

Sempre più spesso, negli ultimi anni, la nostra regolare vita quotidiana ha avuto a che fare con dei bruschi cambiamenti di rotta a causa di determinati eventi naturali imprevisti, che hanno portato a vere e proprie situazioni di emergenza. Nei territori a noi più vicini, in particolare, un grandissimo numero di persone tra comuni civili, personale sanitario, forze dell'ordine e organi amministrativi è stato coinvolto direttamente, nel bene o nel male, con tali eventi catastrofici. Tutto ciò ha portato in alcune regioni del nostro Paese, a gravi perdite economiche per soddisfare le risposte necessarie a fronteggiare dei problemi di così vaste entità (dall'organizzazione e messa in atto dei soccorsi, alla ricostruzione di edifici ed abitazioni distrutti dalle calamità, ecc.).

In situazioni come questa si può dunque parlare di una vera e propria maxiemergenza, un evento che certamente determina un imprevisto sconvolgimento dell'ordine delle cose in seguito al quale si verifica uno squilibrio temporaneo tra bisogni e risorse del soccorso. (Scelsi S., 2018).

Essa può interessare una vasta estensione territoriale insieme a strutture di soccorso e di assistenza (ospedali) e coinvolgere una grande schiera di persone, determinando un numero elevato di vittime in un arco temporale superiore alle ventiquattro ore.

Una maxiemergenza può essere scaturita essenzialmente da due insieme di eventi:

- causati dall'uomo, come guerre, attentati, manifestazioni, grandi incidenti automobilistici, ferroviari o aerei, disastri ambientali e industriali;
- naturali, come terremoti, alluvioni, tifoni, maremoti, valanghe, ecc.

È proprio a quest'ultima tipologia che appartengono gli ultimi casi di maxiemergenze più importanti avvenuti nel nostro Paese, e in particolare nei territori a noi più vicini.

La mattina del 6 Aprile 2009, un sisma di intensità 5.9 della scala Richter colpì la zona della conca aquilana, interessando numerosi comuni abruzzesi e, in misura variabile, buona parte dell'Italia centrale. A evento concluso, il bilancio definitivo fu di 309 vittime, oltre 1.600 feriti e oltre 10 miliardi di euro di danni stimati. (Wikipedia, 2009). Già alle prime luci dell'alba la situazione nel capoluogo si presentò drammatica. All'ospedale San Salvatore (rimasto senza acqua potabile e dichiarato inagibile al 90%),

si effettuarono i primi interventi in piena emergenza, poi rimpiazzato da un ospedale da campo fornito dalla Regione Marche. I feriti più gravi furono trasferiti in elicottero in altri centri abruzzesi, e negli Ospedali di Rieti e di Roma. Per gli sfollati furono allestite aree attrezzate e messi a disposizione diversi posti negli hotel sulla costa abruzzese e nelle tendopoli. (Corriere della Sera, 2009).

Qualche anno più tardi, tra l'agosto del 2016 e gennaio del 2017, si verificarono una serie di movimenti tellurici ancora nel centro Italia, interessando le regioni Marche, Umbria, Abruzzo e Lazio, colpendo particolarmente i comuni di Amatrice, Accumoli, Arquata del Tronto, Norcia e Ussita; 303 morti e 308 feriti, insieme a migliaia di sfollati, fu il bilancio di questa serie di eventi.

I primi soccorsi arrivarono sui luoghi del sisma, già a poche ore dalla scossa del 24 agosto, seppur con un certo ritardo nel raggiungere le frazioni più isolate a causa dei numerosi ponti crollati e delle strade ostruite dalle macerie. Il giorno seguente il numero totale di soccorritori messi in campo ammontava a 5.400 unità. (Wikipedia, 2016).

Fortunatamente, durante i terremoti avvenuti nei mesi seguenti non vennero registrate vittime dato che la popolazione aveva prontamente preso precauzioni nelle zone più a rischio, ottenendo solamente danni a edifici e patrimoni artistici.

Nello stesso periodo, il 18 gennaio del 2017, le continue attività sismiche provocarono lo staccamento di una valanga dalle montagne appenniniche abruzzesi: a Rigopiano; la slavina colpì l'hotel omonimo situato poco più a valle in cui numerose persone, tra impiegati e ospiti, erano rimaste isolate a causa delle forti nevicate avvenute nei giorni precedenti e del mancato sgombero degli alti cumuli di neve che bloccavano la strada di accesso. Il bilancio finale risultò di 29 vittime e 11 feriti.

Essendo interrotte le vie di comunicazione, ostacolata l'avanzata della turbina spazzaneve dalla presenza di tronchi e detriti mescolati a neve sulla strada e impedito l'utilizzo di elicotteri per il maltempo, i soccorsi ebbero non poca difficoltà ad arrivare nel luogo dell'evento.

Quello che mette in correlazione maxiemergenze di questo tipo, è sicuramente l'organizzazione delle attività di soccorso.

Dal punto di vista sanitario, in questi casi si fa riferimento alla medicina delle catastrofi, specialità medica che si occupa di identificare tutte le attività necessarie da attuare in caso di un evento eccezionale, che, anche se di diverse tipologie, presenta spesso una

certa differenza tra fra le caratteristiche dell'ambiente e le capacità di risposta dei soccorsi sanitari.

Tutto il personale impegnato nell'intervento, non avrà solamente l'obbligo di rispondere alle richieste d'aiuto, ma anche la necessità di garantire delle prestazioni più efficienti possibili a tutte le persone che spiacevolmente sono state colpite dalle conseguenze della catastrofe. Questo obbligo etico è valido, ovviamente, sia nel luogo dell'intervento, che all'interno delle strutture ospedaliere, in cui gli scampati e i loro familiari desidereranno un'assistenza personalizzata e di qualità.

Data l'enorme mole di attività di soccorso e assistenza da svolgere nella gestione di una maxiemergenza, è necessario, dunque, che queste siano eseguite in varie fasi, in modo tale da ottenere un'azione più ordinata, funzionale e nel minor tempo possibile.

Nel corso degli anni, perciò, anche grazie all'esperienza accumulata nelle coordinazioni precedenti, si è stati in grado di sviluppare dei percorsi ben definiti partendo dalla valutazione degli eventi, passando per la suddivisione delle attività, alle varie figure professionali impiegate, fino all'allestimento delle strutture campali necessarie per effettuare i primi interventi sanitari di soccorso alle vittime e feriti.

Si è data inoltre importanza anche alla sfera psicologica che pervade tra i professionisti, chiamati improvvisamente a soddisfare il bisogno di aiuti della popolazione colpita dalle catastrofi; spesso, gli scenari di morte e distruzione posti davanti agli occhi dei soccorritori, hanno portato alla nascita di veri e propri disagi psicologici i quali, talvolta, hanno ostacolato la normale esecuzione delle attività di assistenza richiedendo necessarie tecniche anti-stress e supporto morale anche agli stessi sanitari.

1. La gestione della maxiemergenza extraospedaliera

Una corretta gestione di tutte le fasi da attuare in una maxiemergenza, è sicuramente la chiave per ottenere il massimo risultato auspicabile nella catena dei soccorsi: numero di risorse disponibili sufficiente, minor concentrazione di vittime possibile e il tutto svolto nel più breve intervallo di tempo attuabile a partire dal verificarsi dell'evento catastrofico. Le tre parti fondamentali su cui, dunque, una efficace gestione di una maxiemergenza extraospedaliera dovrebbe basarsi, saranno ovviamente l'organizzazione di come dovranno essere svolti i soccorsi sanitari, l'allestimento delle strutture campali, una volta arrivati sul luogo dell'evento, necessarie per lo svolgimento delle varie attività di assistenza e, infine, l'esecuzione pratica del triage per valutare i pazienti e catalogarli in base alla gravità delle problematiche riportate.

1.1 L'organizzazione dei soccorsi sanitari

L'organizzazione dei soccorsi sanitari durante una maxiemergenza, è uno dei fattori principali di ogni piano di emergenza territoriale. Visto che gli eventi catastrofici hanno bisogno della collaborazione di più professionisti dell'assistenza sanitaria, è richiesto che tali figure seguano, nella gestione della catastrofe, delle regole valide e universalmente condivise in quanto efficaci.

Si definisce piano d'emergenza l'insieme delle procedure operative di intervento da attuarsi nel caso in cui si verifichi l'evento atteso; è lo strumento che consente alle autorità competenti di predisporre e coordinare gli interventi di soccorso a tutela della popolazione e dei beni in un'area a rischio, e di garantire con ogni mezzo il mantenimento del livello di vita «civile», messo in crisi da una situazione che comporta necessariamente gravi disagi fisici e psicologici.

Il piano è una struttura dinamica, poiché variano le situazioni territoriali e, anche se la ciclicità è un fattore costante per i fenomeni calamitosi, l'entità del danno ed il tipo di

soccorsi sono parametri variabili che di volta in volta caratterizzano gli effetti reali dell'evento. È pertanto necessario procedere periodicamente non solo all'aggiornamento dello scenario dell'evento atteso ma anche delle procedure di intervento. (Decreto Ministeriale 13 febbraio 2001).

Principalmente, un piano di emergenza è contraddistinto da tre stadi principali: la pianificazione, l'attivazione dei soccorsi e l'intervento territoriale.

1.1.1 Pianificazione

La fase di pianificazione di un azione di soccorso è il primo punto principale per garantire l'esito positivo del soccorso, soprattutto in caso di una maxiemergenza in cui l'approccio alla pianificazione deve essere multi-rischio (cioè deve tenere conto di tutti i rischi correlati al tipo di intervento) e deve necessariamente essere coordinato con tutti gli attori in campo, in modo da essere il più armonico possibile; in pratica le forze in campo devono agire come un'orchestra per essere efficaci al massimo. Per questo si può affermare senza tema di smentita che: rinunciare a pianificare equivale a pianificare di rinunciare. (De Angelis A., 2016).

Il nostro sistema sanitario di emergenza prevede che l'allarme sanitario sia affidato ad un unico numero telefonico nazionale, il 118, valido per tutto il territorio, e deputa al sistema sanitario nazionale le attività di soccorso, designando alle centrali operative del 118 tutto il coordinamento. È importante che quest'ultime siano conciliabili tra di loro e con quelle delle altre regioni, per poter collaborare in caso di necessità, per esempio se dovessero essere esse stesse vittime dell'evento straordinario che limiterebbe la loro efficienza.

La centrale operativa avrà il compito nella fase di prevenzione, ovvero prima della manifestazione della catastrofe, di stipulare accordi di collaborazione insieme ai vari sistemi destinati all'emergenza, come i vigili del fuoco, le forze dell'ordine, le associazioni di volontariato, la Croce Rossa, la protezione civile regionale, ecc., e identificare insieme a loro determinati piani da rispettare, per collaborare in caso di

necessità. Tutto ciò garantisce che l'intervento sulla zona colpita sia effettuato in cooperazione con i responsabili tecnici dei soccorsi, con quelli sanitari e di ordine pubblico e che sia manifestazione di una considerevole forma di integrazione tra le forze in campo. L'obiettivo di questa sinergia è quello di non incorrere in ostacoli e pericolose sovrapposizioni, soprattutto decisionali, garantendo una efficace risposta operativa.

L'organizzazione corretta di una maxiemergenza prevede innanzitutto che ci sia strategia, attraverso l'istituzione di un sistema di intervento, tattica, tramite le varie esercitazioni e lo svolgimento dei piani, e la logistica, con l'accesso ad ogni risorsa che occorrerà al sostegno del piano di emergenza, come uomini, materiali e mezzi.

Il modello più funzionale su cui basarsi in queste situazioni per una corretta pianificazione deriva dall'esperienza militare, come molta parte della medicina del soccorso. Il Major Incident Medical Management & Support (MIMMS) adottato da diversi Paesi della NATO come standard di soccorso militare, promuove delle regole che cercano di rendere "ordinato" il caos attraverso un approccio definito "all hazard", cioè multirischio.

L'acronimo di riferimento per ricordare i punti fondamentali di una buona pianificazione in vista di una risposta di soccorso in una maxiemergenza è **CCSCATTT**:

- **Comando**: inteso come controllo verticale della singola componente in azione. Ognuno ha un riferimento gerarchico a cui rivolgersi.
- **Controllo**: punto di coordinamento dei diversi enti che intervengono, in cui i comandanti a diversi livelli sono in contatto per consentire che tutti gli enti svolgano al meglio la propria funzione specifica.
- **Sicurezza degli operatori**: con adeguato equipaggiamento rispetto alla tipologia di evento, dell'area di azione e delle vittime.
- **Comunicazione**: devono sempre essere garantite per poter coordinare tutte le forze in campo e per la sicurezza e l'efficienza dell'azione.
- **Assessment**: la valutazione di quanto accaduto e della sua evoluzione, il suo dimensionamento, permettono di attivare correttamente le risorse necessarie per la gestione.

- Triage di recupero e dal luogo dell'evento: con la finalità di evacuare l'area e quello più sanitario al Punto Medico Avanzato, che invece è più volto alla priorità di trattamento.
- Trattamento: che avviene in una prima fase di stabilizzazione nel PMA o sul luogo, al fine di permettere un'evacuazione verso gli ospedali più appropriati per il trattamento definitivo, ma soprattutto consente alle vittime di poter affrontare il trasporto anche verso destinazioni lontane
- Trasporto in sicurezza: con i mezzi disponibili, per priorità di condizioni cliniche stabilite PMA.

Queste regole organizzative sono alla base di una buona gestione degli eventi maggiori. È chiaro che per avere un buon risultato non solo si devono condividere i principi organizzativi, ma vanno costruiti i piani di gestione e vanno formati tutti gli attori coinvolti. (Scelsi S., 2018).

1.1.2 Attivazione dei soccorsi

All'avvenimento di una catastrofe con conseguenti feriti e vittime, grazie ad una efficace pianificazione di partenza, il soccorso può attivarsi in breve tempo e in modo ordinato.

L'attivazione dei soccorsi può essere suddivisa in tre momenti: la fase di allarme, la ricognizione e la settorializzazione.

La fase di allarme parte dalla ricezione della chiamata di emergenza dalla centrale operativa del 118 e prosegue con l'ottenimento di informazioni di base utili per l'avviamento dell'assistenza. Si cercherà, perciò, di recepire il luogo o il territorio preciso dove è avvenuto l'evento, la presenza di danni a persone o vittime, l'accessibilità all'area e lo stato psicologico degli scampati.

Una volta ottenute le prime notizie si passerà alla ricognizione della zona colpita; essa verrà effettuata durante i primi minuti dopo la presa in carico dell'emergenza, da parte del primo mezzo di soccorso che giungerà sul luogo dell'evento e che, perciò, non avrà

il compito di prestarsi (almeno per i primissimi istanti) al soccorso diretto delle vittime. La visione della zona da un elicottero è considerata comunque la modalità migliore, quando ciò è possibile. La ricognizione garantisce l'ottenimento di importanti informazioni come la dinamica dell'evento, una stima del numero di feriti e vittime, il tipo e la quantità di risorse necessarie, l'estensione geografica dell'area colpita, la valutazione dei rischi e della sicurezza e le condizioni meteo.

La settorializzazione, infine, permette di suddividere il territorio in più aree e assegnare ad ognuna di esse delle attività e il giusto personale sanitario che vi sarà impiegato.

Una giusta e funzionale organizzazione di una situazione di maxiemergenza, infatti, è fondata su un piano di attività in cui vengono stabiliti dei ruoli precisi, esercitati da medici ed infermieri adeguatamente formati che avranno il compito di svolgere delle funzioni ben definite.

1.1.3 Intervento territoriale

Nel momento in cui tutte le informazioni di base siano state ottenute, la centrale operativa 118 assegnata alla zona colpita dall'evento darà inizio alla fase di emergenza provvedendo alla mobilitazione di uomini e mezzi, all'allertamento di tutte le strutture sanitarie del territorio interessato, in particolar modo dei dipartimenti ospedalieri di emergenza, ed al collegamento con le autorità competenti e con le altre strutture di protezione civile secondo quanto previsto dalla pianificazione comunale, provinciale e regionale.

La C.O. 118 provvederà, inoltre, ad inviare personale e mezzi per allestire, al di fuori dell'area interessata precedentemente perimetrata e sorvegliata dalle forze di polizia, il Posto Medico Avanzato (PMA) con compiti di accoglienza, triage secondario, stabilizzazione ed evacuazione delle vittime precedentemente recuperate. La C.O. dovrà inoltre organizzare una postazione di comando (posto di comando mobile) presieduta dal Direttore dei Soccorsi Sanitari il quale, operando in collegamento con gli operatori impegnati nel recupero delle vittime, il PMA, la C.O. 118 ed i responsabili degli altri

servizi (V.V.F, forze di Polizia, ecc.), avrà la responsabilità gestionale in loco di tutto il dispositivo dell'intervento sanitario. (Fontanari P., Gori V., Corsini I., n.d.)

1.2 Le strutture campali: il PMA

Nel caso di un incidente maggiore semplice, gli eventuali feriti saranno destinati in uno o più ospedali della zona, i quali dovranno essere in grado di ricevere un grande numero di persone, attraverso specifici sistemi di ricezione. Nelle grandi catastrofi che determinano un classico episodio di maxiemergenza, il soccorso vero e proprio alle vittime, seppur già in parte effettuato direttamente nella zona colpita, viene svolto in una struttura definita PMA (Posto Medico Avanzato). Esso è costituito dall'area triage e quella di stabilizzazione e rappresenta il luogo in cui tutti i feriti riceveranno le cure necessarie. In suo supporto, inoltre, può essere richiesto l'invio di unità mobili di soccorso sanitario, allestite con tutte le risorse fondamentali per affrontare eventi di questo tipo. Il PMA deve essere installato in modo da poter garantire agli operatori sanitari praticità, sicurezza e accessibilità. In caso ce ne sia l'opportunità, il Posto Medico Avanzato potrà sorgere in edifici già presenti in zona (come fabbriche, capannoni, magazzini etc.), altrimenti verrà allestito in aree aperte sottoforma di tendoni o prefabbricati mobili. Avrà, inoltre, necessità di essere adiacente alla zona dei soccorsi, seppur garantendo la corretta gestione degli eventuali rischi che potrebbero sorgere in sua prossimità causati dall'evento stesso (come crolli, incendi, allagamenti, ecc.), con l'obiettivo di tutelare la sicurezza del personale impegnato nelle varie attività. Avrà, infine, bisogno di possedere dei funzionali impianti di climatizzazione ed illuminazione, di posizionarsi vicino a vie di comunicazione stradali e possibilmente ad un'area di atterraggio per elicotteri, appositamente segnalata tramite indicazioni ben visibili e riconoscibili, e ovviamente di garantire l'igiene al suo interno.

In un PMA svolgeranno i propri servizi medici ed infermieri, appositamente formati nell'area dell'emergenza e maxiemergenza.

Le principali funzioni dei soccorritori in uno scenario di maxiemergenza sono:

- la presa in carico di tutti i feriti e dei sopravvissuti;
- l'assegnazione di un codice di gravità ad ogni paziente visitato nel triage;
- la stabilizzazione dei pazienti;

Generalmente il Posto Medico Avanzato è formato da quattro aree:

- Area triage: zona che ha la funzione di filtro e valutazione; una volta stati valutati i pazienti verranno indirizzati in una delle aree successive;
- Area gialli/rossi: è la parte dove avviene l'assistenza ai pazienti più gravi. Al suo interno, a sua volta, saranno presenti più zone, una adibita alle manovre di rianimazione e alla gestione dei traumi maggiori, un'altra sarà occupata dai pazienti che presentano lesioni potenzialmente evolutive ed un'ultima sarà destinata al monitoraggio dei feriti meno gravi;
- Area verdi: luogo in cui avviene l'assistenza ai traumi minori e dove i pazienti psicologicamente compromessi potranno ricevere il conforto di cui hanno bisogno;
- Area deceduti: parte separata dal resto del PMA e adibita alla collocazione dei defunti che saranno analizzati per le procedure di riconoscimento dall'autorità giudiziaria.

Il PMA svolgerà correttamente la sua funzione solamente se possiederà alcuni requisiti fondamentali come tempestività di intervento, logistica e disponibilità di presidi, farmaci ed attrezzature sanitarie adeguate, condivise e standardizzate per tipologia di PMA, così come di personale adeguatamente formato per fronteggiare situazioni di maxiemergenza.

Una volta conclusa la prima fase della maxiemergenza, l'attività del Posto Medico Avanzato potrà essere affiancata da strutture sanitarie più complete come gli ospedali da campo o le stesse strutture sanitarie locali riportate alla loro funzionalità originale.

1.3 Il triage e i suoi protocolli

Il triage in uno scenario di maxiemergenza è diverso da quello che troviamo all'interno di un pronto soccorso intraospedaliero. In quest'ultimo caso l'obiettivo primario degli operatori sanitari è quello di individuare il paziente che ha bisogni impellenti rispetto a quello che può invece attendere prima di essere assistito, senza che l'attesa gli causi danno. In un Posto Medico Avanzato, invece, con un evento che ha causato decine o centinaia di feriti e con probabilmente risorse a disposizione insufficienti, è necessario modificare in modo radicale l'approccio, spostandosi dalla Medicina dell'individuo alla Medicina della comunità e fornendo le migliori cure possibili non più al singolo paziente, ma alla popolazione nella sua globalità. In altri termini, il fine del Sistema di soccorso diventa trattare, compatibilmente con la disponibilità di risorse, il maggior numero possibile di vittime. Una simile prospettiva comporta necessariamente la definizione di procedure atte a riconoscere quegli individui che, per le lesioni subite, hanno una bassissima probabilità di sopravvivere e che non saranno sottoposti ad alcuna procedura terapeutica avanzata. (Scarone P.C., Tua A., Marino R., Petrino R., 2014).

I tre criteri più importanti su cui si deve basare un buon triage sono:

- Applicabilità, perché deve essere di facile esecuzione utilizzando protocolli;
- Rapidità, perché deve permettere di valutare un numero elevato di persone in breve tempo;
- Dinamicità, in modo che la rivalutazione sia possibile in ogni momento (in relazione ai mutamenti nelle condizioni del paziente, eventualmente indotti dal trattamento prestato) e ad ogni livello (sulla scena, nella struttura campale, in ospedale). Ciò implica, tra l'altro, accettare che allo stesso paziente possano essere attribuiti codici di priorità differenti nei diversi livelli della catena di soccorso.

I pazienti, una volta valutati, verranno catalogati con un codice colore in base al grado gravità della sua condizione e urgenza di trattamento come avviene nella procedura standard. I codici colore sono 5:

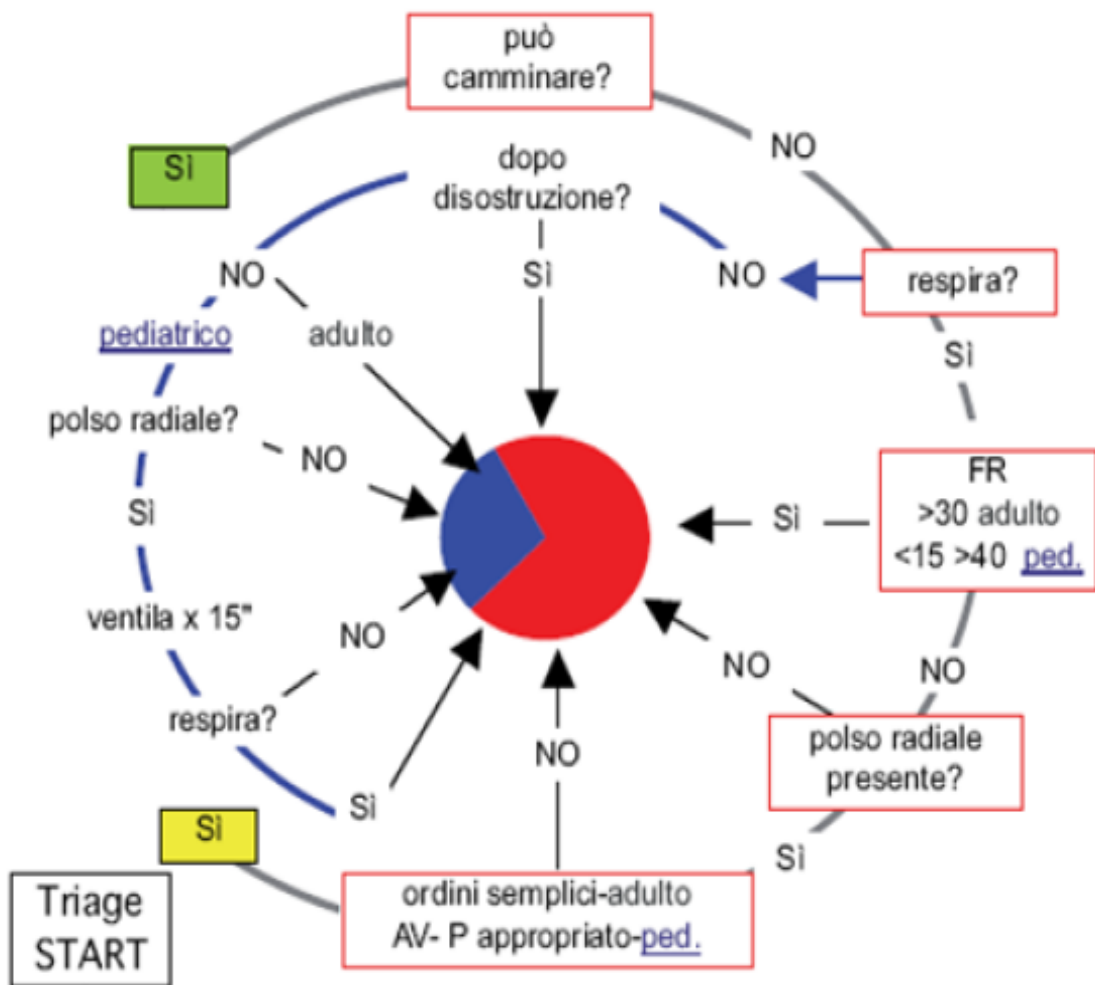
- **codice verde** per pazienti con lesioni non gravi e senza urgenza di trattamento;
- **codice giallo**: per pazienti con alterazioni vitali senza rischio immediato;
- **codice rosso**: per pazienti con funzioni vitali alterate e trattamento urgente;
- **codice blu**: per pazienti in cui il trattamento non influisce sulla sopravvivenza;
- **codice nero**: in caso di paziente deceduto.

Per definire correttamente e uniformemente il codice colore da attribuire alle varie persone visitate, gli infermieri addetti al triage si servono dei protocolli; i più utilizzati a livello internazionale sono i protocolli START, SMART e CESIRA.

1.3.1 Protocollo START

Il protocollo START (Simple Triage And Rapid Treatment) è l'algoritmo più utilizzato in triage in caso di maxiemergenza. Si basa sulla necessità di effettuare una valutazione del paziente in circa un minuto, tempo in cui l'infermiere dovrà rilevare i parametri fisiologici senza l'utilizzo di strumentazione.

Il protocollo prevede innanzitutto che tutte le persone in grado di camminare siano catalogate con il codice colore verde. Successivamente si procede in maniera sistematica prendendo in considerazione la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca e lo stato mentale. I pazienti privi di attività respiratoria spontanea vengono assistiti con tecniche di disostruzione delle vie aeree; se nonostante tali manovre rimangano apnoici, essi saranno considerati secondo il codice colore blu o nero, altrimenti si procederà con la valutazione della frequenza respiratoria. I pazienti con F.R. maggiore di 30 atti al minuto, o assenza di polso o incapaci di compiere delle semplici azioni ordinate verranno poi codificati con il codice colore rosso, mentre i rimanenti con il codice colore giallo. [figura 1.] È importante sottolineare, come durante questa prima valutazione dei soggetti le uniche manovre terapeutiche eseguite, oltre a quelle finalizzate all'estrazione del paziente, sono l'allineamento delle vie aeree ed il controllo ed il tamponamento di eventuali emorragie evidenti. Nessun altro atto terapeutico viene infatti generalmente svolto sul campo, a meno che non siano disponibili risorse umane e materiali adeguati al numero di feriti. (Fontanari P., et al., n.d.)



[figura 1.]

1.3.2 Protocollo SMART

Il protocollo SMART (Simple Method for Advanced and Rapid Triage) è una tipologia di triage ideata per colmare alcuni punti assenti degli altri protocolli di triage avanzati i quali non considerano determinate patologie che, allo stesso modo, possono manifestarsi nel corso di un episodio di maxiemergenza, sebbene non obbligatoriamente in correlazione con essa. Questo protocollo ha origine da alcune osservazioni effettuate

dagli stessi operatori sanitari specializzati in emergenza i quali hanno trovato delle lacune nell'applicabilità di altri algoritmi che venivano utilizzati in più situazioni, in particolare in specifiche attività come la misurazione della pressione arteriosa, in occasioni dove caos, disordine e confusione compromettono il risultato. L'obiettivo è stato quello di identificare un nuovo protocollo di triage che sia il più rapido ed accurato possibile in uno scenario di maxiemergenza. Questo algoritmo si basa sul colpo d'occhio, ossia sulla valutazione iniziale e rapida che viene effettuata in un tempo relativamente breve seguendo il protocollo ABCDE e non ha bisogno di particolari strumentazioni al di fuori del saturimetro. Attraverso la catalogazione in codici rossi avanzati di tutte quei pazienti che hanno bisogno di stabilizzazione immediata delle funzioni vitali si evita la compromissione dell'area dedicata ai rossi, dato che questi immediati e fondamentali trattamenti sono eseguiti dal medico e dall'infermiere di triage; al termine di tali procedure, il paziente può mantenere il proprio codice rosso avanzato, passare a rosso o può essere accertato il suo decesso, sia prima che dopo aver eseguito una breve rianimazione.

Un altro punto a favore è sicuramente il suo livello di sensibilità, che evita di sottovalutare lo stato di salute di una vittima, in particolare per le patologie non esclusivamente traumatiche, come il dolore toraco-addominale importante.

Il triage SMART procede poi lungo cinque passaggi:

1) Valutazione rapida delle condizioni che comportano un immediato rischio di vita:

- A) Ostruzione delle vie aeree;
- B) Assenza di respiro;
- C) Assenza di polso periferico.

La presenza di uno di questi segni codifica il paziente come rosso avanzato. Questa condizione richiede un trattamento di stabilizzazione immediato, rappresentato da disostruzione delle vie aeree, aspirazione di materiale, introduzione di cannula oro faringea, somministrazione di ossigeno, ventilazione assistita, tamponamento di ferite e applicazione di laccio emostatico.

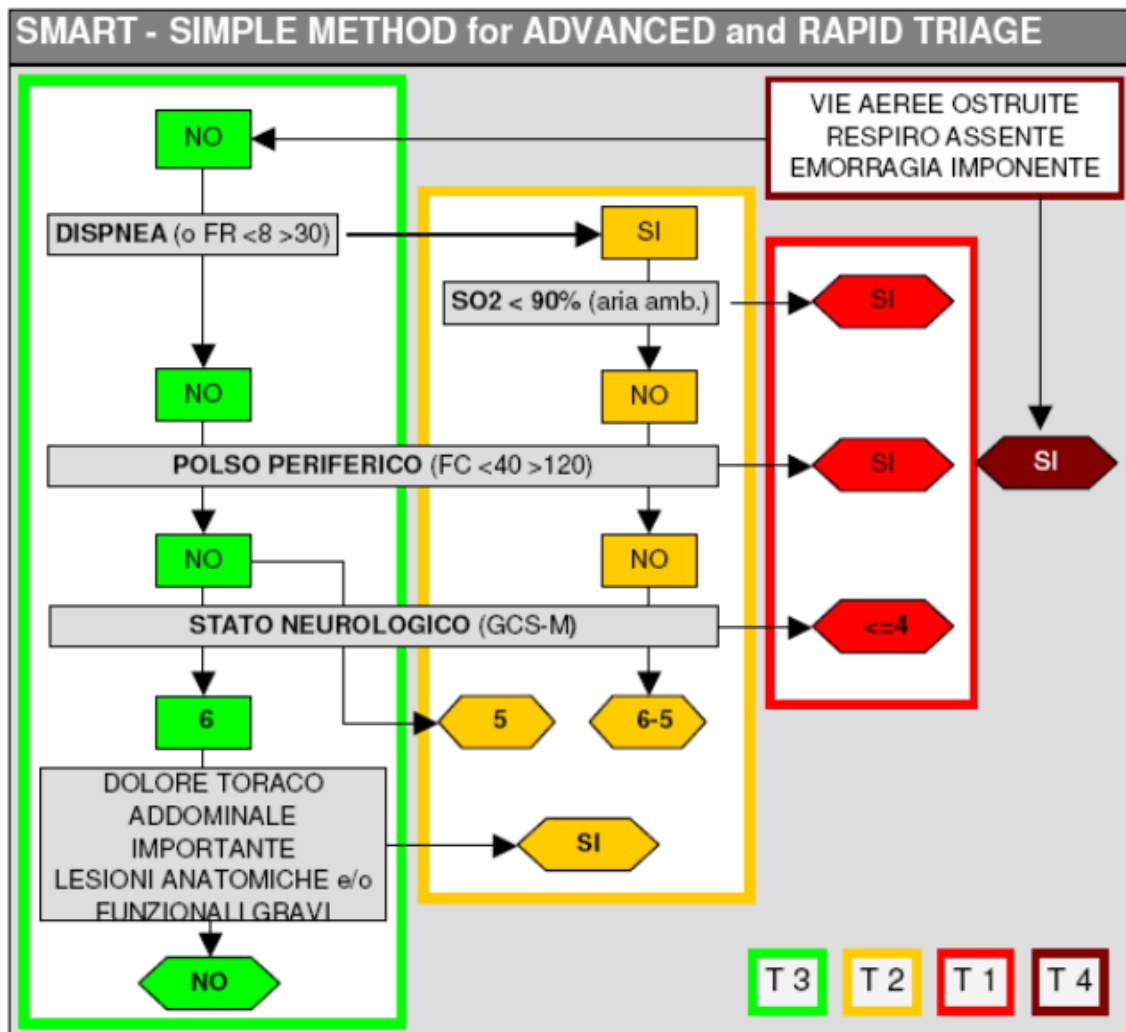
2) Se il paziente non è rosso avanzato, viene indagata la respirazione. Se non si riscontra dispnea, il paziente continua il suo percorso di Triage rimanendo verde. Se è presente

dispnea ($FR < 8$ o > 30) il paziente diviene codice giallo e viene applicato un saturimetro: se la saturazione periferica è pari o superiore al 90% viene confermato il codice giallo e si continua la valutazione; se invece la saturimetria evidenzia valori inferiori al 90% il paziente passa in codice rosso, che interrompe il triage.

3) Nel terzo passaggio si valuta la circolazione. Se il paziente in codice verde al passaggio 1 ha polso periferico compreso tra 40 e 130 bpm continua il suo percorso di Triage rimanendo verde. Se il paziente in codice giallo al passaggio 1 ha polso periferico compreso tra 40 e 130 bpm continua il suo percorso di triage rimanendo giallo. Se il paziente ha polso periferico < 40 o > 130 bpm passa in codice rosso, che interrompe il triage.

4) Il quarto passaggio consiste nella valutazione neurologica. Dalla letteratura risulta che la maggior sensibilità in questo dato è fornita dalla sola valutazione motoria del GCS (Glasgow Coma Scale). Se il paziente in codice verde al passaggio 2 ha GCS-M di 6 rimane verde e continua il triage. Se il paziente in codice verde al passaggio 2 ha GCS-M di 5 diventa codice giallo e continua il triage. Se il paziente in codice giallo al passaggio 2 ha GCS-M di 6 o 5 rimane giallo e continua il suo percorso di triage. Se il paziente ha GCS-M < 5 passa in codice rosso, che interrompe il triage. A questo punto sia i pazienti con codice rosso che quelli con codice giallo finiscono la loro valutazione.

5) Se il paziente è rimasto verde anche dopo il passaggio precedente, viene eseguita un'ultima valutazione che permette al paziente di trasformarsi in codice giallo se presenta dolore toracico-addominale importante o gravi alterazioni anatomiche e/o funzionali, che comunque non sono state in grado di alterare i parametri vitali precedentemente considerati. Quest'ultimo passaggio aumenta la sensibilità del sistema alle problematiche internistiche, che rappresentano una delle carenze dei sistemi di triage in maxiemergenza maggiormente tarate a livello traumatologico. La negatività di tali riscontri lascia il paziente in codice verde. (Scarone. P.C., et al., 2014) [figura 2.]



[figura 2.]

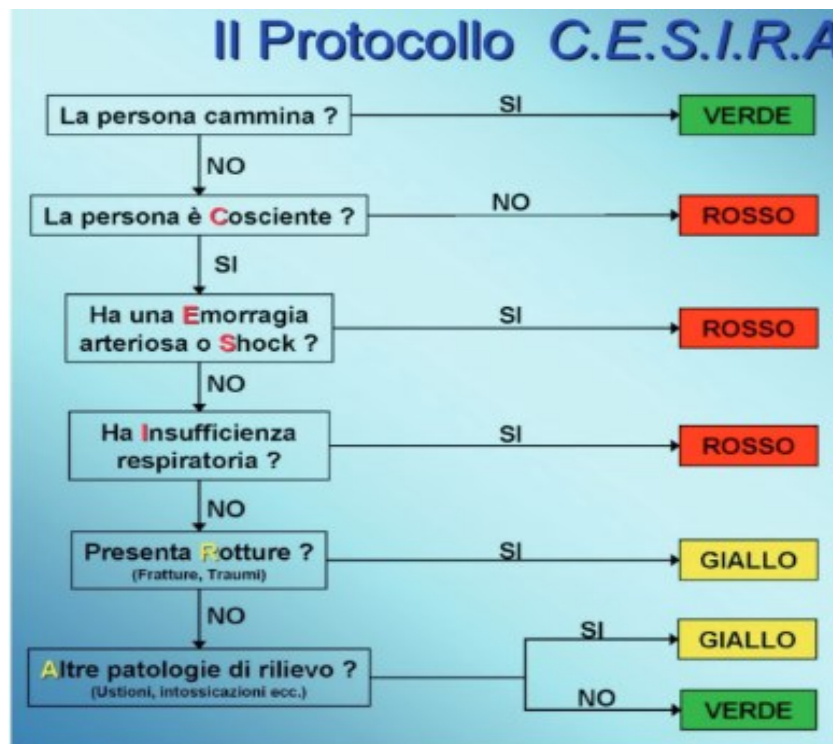
1.3.3 Protocollo CESIRA

Il protocollo CESIRA (Coscienza, Emorragia, Shock, Insufficienza respiratoria, Rotture, Altro) è fondato su una valutazione che si basa su sette semplici domande per arrivare alla definizione del codice colore da attribuire al paziente. [figura 3.]

Anche in questo caso si effettua una prima selezione dei pazienti in grado di camminare che verranno etichettati come verdi. Poi si esaminerà in successione lo stato di coscienza, la presenza di emorragie esterne, la comparsa di sintomi di shock e l'attività

respiratoria. Tutti i pazienti con alterazioni riguardanti i punti sopra citati verranno classificati come codici rossi mentre i pazienti con sole fratture ossee o altre patologie che non alterano le funzioni vitali verranno indicati come gialli.

I vantaggi di questo algoritmo sono sicuramente il suo facile apprendimento e memorizzazione e la possibilità di essere utilizzato anche da figure non sanitarie in situazioni di maxiemergenza (notare l'assenza del codice colore nero in quanto la constatazione della morte è esclusivamente di pertinenza medica), ma il suo maggior grado di approssimazione rispetto ai due precedenti lo rende meno consigliato. (Fontanari P., et al., n.d.)



[figura 3.]

2. Approccio assistenziale alle vittime di una catastrofe

L'assistenza sanitaria presenta caratteristiche di intensità diversa e che cresce in proporzione a dove vengono effettuate le attività stesse, come il luogo dell'evento catastrofico, il Posto Medico Avanzato, l'ospedale da campo, i mezzi di soccorso mobili, ed infine la struttura ospedaliera (pronto soccorso, unità operative mediche o chirurgiche o rianimazione); tutto questo va a sottolineare la necessità di utilizzo di presidi più avanzati, competenze infermieristiche esclusive della fase di emergenza e una gestione delle risorse più funzionale.

A prescindere dalla sede, la valutazione e le procedure di assistenza ai pazienti soccorsi saranno definite tramite il protocollo ABCDE.

In una maxiemergenza, evento caratterizzato da una quantità esigua di presidi da destinare ad un vasto numero di feriti, gli operatori sanitari avranno la necessità di effettuare prestazioni salvavita rapide ed incisive, talvolta posticipando la conclusione del trattamento in sé ad un altro momento.

L'infermiere, in base alla sua formazione e secondo la legislazione in atto, può intervenire in completa autonomia secondo le sue capacità e le sue conoscenze documentate; ciò vuol dire che se l'infermiere ha effettuato un percorso formativo idoneo e certificato, potrà contribuire alle attività di soccorso anche tramite l'esecuzione di attività più complesse, come attraverso l'utilizzo di presidi per la gestione avanzata delle vie aeree, senza sconfinare in ambiti appartenenti ad altre figure sanitarie.

Le vittime di una catastrofe presentano principalmente problematiche come amputazioni, lesioni midollari, traumi e fratture, per giunta il tipo più comune di paziente che potremmo trovarci davanti in caso di maxiemergenza è sicuramente il politraumatizzato.

2.1 Gestione del paziente politraumatizzato

Con “politrauma” o “politraumatizzato” in medicina si indica per definizione un paziente ferito che presenta lesioni associate a carico di due o più distretti corporei (cranio, rachide, torace, addome, bacino, arti), con compromissione attuale o potenziale delle funzioni vitali (respiratorie e/o circolatorie).

Tra i pazienti deceduti per politrauma:

- il 50% muore in pochi secondi o minuti dall’evento, a causa di rottura di cuore o grossi vasi, di lacerazione del tronco dell’encefalo o di emorragia cerebrale grave;
- il 30% muore durante la golden hour a causa di emopneumotorace, shock emorragico, rottura di fegato e milza, ipossiemia, ematoma extradurale, spostamento del corpo con peggioramento della situazione iniziale o errati interventi medici;
- il 20% muore nei giorni o settimane successivi a causa di sepsi, problemi respiratori, arresto cardiaco o insufficienza acuta multiorgano.

L’intervento corretto, tempestivo ed efficace del soccorso specifico permette di aumentare le probabilità di sopravvivenza dell’infortunato, riducendo il rischio di danni secondari. (Medicina online, 2018).

Riprendendo le linee guida contenute nell’ATLS (Advanced Trauma Life Support), possiamo definire i cardini principali della strategia di approccio al traumatizzato. Giunti sul luogo dell’evento e stabilito che ci sono le condizioni di sicurezza per avvicinarsi, si procede alla valutazione della vittima secondo l’A B C D E.

A (Airways): gli obiettivi principali nella fase Airways sono quelli di garantire la pervietà delle vie aeree attraverso la tecnica di sublussazione della mandibola (in questo caso l’iperestensione del capo non è raccomandata dato che potrebbe causare dei danni al rachide) e indossare al paziente il collare cervicale. La stabilizzazione della colonna è una procedura importantissima dato che, impedendone i movimenti, si andrà a scongiurare che delle possibili lesioni del rachide procurino dei danni midollari persistenti che potrebbero portare alla privazione di funzione. Si procederà poi, in presenza di eventuale materiale liquido (sangue, secrezioni, ecc.) e solido (residui alimentari, denti, ecc.) all’interno del cavo orale, alla loro rimozione tramite l’utilizzo di un aspiratore. Gli infermieri, successivamente, avranno la possibilità di eseguire

tecniche semi invasive come l'applicazione di combi tube e maschera laringea. Eventualmente, in caso di infermiere specializzato, egli potrà procedere anche con l'intubazione endotracheale.

B (Breathing): valutare l'attività respiratoria in modo tale da prevenire i danni anossici cerebrali e trattare le cause di insufficienza respiratoria attraverso l'utilizzo di metodiche invasive e non. L'algoritmo per eccellenza che sintetizza le varie azioni da effettuare in questa fase è denominato OPACS;

O: osservare la dinamica respiratoria, quindi l'espansione, la regolarità, i rientramenti, l'eventuale presenza di volet costale;

P: palpare e percuotere il torace, per valutare la presenza di enfisema (segno di pneumotorace iperteso), tumefazioni, dolore, timpanismo, e ottusità;

A: ascoltare il torace, percependo suoni, rumori polmonari, crepitii, soffi cardiaci;

C: contare la frequenza respiratoria;

S: saturimetria, posizionando un pulsiossimetro ed eseguendo un emogas analisi se possibile.

La prima procedura da effettuare per evitare che il paziente vada in ipossia è quella di somministrare ossigeno ad elevata concentrazione (12-15 litri/minuto) attraverso l'utilizzo di una maschera con reservoir. È bene, inoltre, ipotizzare un possibile pneumotorace iperteso come causa dell'ipossia, andandolo prontamente a valutare; in ambiente extraospedaliero verrà eseguita una diagnosi clinica senza l'utilizzo di macchinari. Se confermato, il pneumotorace verrà trattato tramite l'inserimento di un ago nel secondo spazio intercostale sulla linea emiclaveare che servirà a mettere in comunicazione lo spazio intra-pleurico con l'esterno in modo tale da decomprimere le pareti polmonari ed assicurarne la corretta riespansione.

C (Circulation): identificare la presenza di eventuali emorragie e valutare le condizioni emodinamiche e l'attività cardiaca del paziente. Un primo controllo si basa su un rapido check visivo seguito dalla compressione delle mani dell'operatore lungo tutto il corpo del paziente per scovare delle eventuali tracce ematiche nascoste; successivamente si andrà a analizzare l'attività cardiaca valutando la presenza, la frequenza e il ritmo del polso; infine potranno essere controllate la pressione sistolica e le condizioni della cute.

Tutte le valutazioni appena compiute saranno necessarie a identificare il grado di funzionalità emodinamica del paziente e, partendo da ciò, anche grazie all'individuazione di segni di emorragie sul suo corpo e della modalità precisa in cui è avvenuto l'evento traumatico, l'infermiere sarà capace di sopporre la presenza di lesioni interne. Per quanto riguarda i trattamenti da attuare in questa fase, essi consisteranno nell'incannulazione di due vene periferiche, preferibilmente con aghi di grosso calibro, e nell'infusione di liquidi.

D (Disability): questa fase ha lo scopo di effettuare una valutazione dello stato neurologico del paziente; per fare ciò, l'infermiere può servirsi di due particolari scale: l'AVPU, (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive) e la GCS, (Glasgow Coma Scale). La AVPU è particolarmente semplice e va a identificare se il paziente è vigile, se è richiesto uno stimolo verbale o doloroso affinché egli compia una risposta (come l'apertura degli occhi o il movimento del corpo) o se è incosciente. La scala di Glasgow, invece, si basa sulla valutazione di tre funzioni neurologiche, che sono l'apertura degli occhi, la risposta verbale e la risposta motoria; ognuno di essi riceverà un punteggio in base alla valutazione effettuata e la somma di tali numeri sarà il risultato di un valore compreso tra tre e quindici, indice del grado di sofferenza celebrale in corso.

E (Exposure): in questa ultima fase l'operatore avrà il compito di ispezionare il corpo del paziente evitando di esporlo per un periodo di tempo troppo prolungato (dato che per definizione un politraumatizzato è considerato in ipotermia e quest'ultima porta ad un peggioramento dello stato di ipossia). Se la temperatura corporea del paziente è troppo bassa, potrà essere aumentata tramite alcuni rimedi e tecniche semplici, come comprendolo con la metallina o infondendo dei liquidi pre-riscaldati. Infine, si stabilizzano le fratture con le steccobende e si valuta l'inserimento di catetere vescicale e sondino nasogastrico.

3. Il disagio psicologico nelle maxiemergenze

I sopravvissuti ad una catastrofe, anche se superano l'evento senza subire danni o menomazioni fisiche, riportano in forma più o meno lieve danni non visibili, ma non per questo meno profondi e dolorosi quanto le ferite al corpo; gli stessi effetti, seppur scaturiti da cause diverse, possono colpire gli stessi operatori sanitari che si stanno occupando del soccorso delle vittime. Si può parlare in questi casi di un vero e proprio disagio psicologico che opprime la maggior parte delle persone coinvolte nella catastrofe. Per disagio psicologico si intende una condizione emotiva causata dalla perdita di un equilibrio interiore che precedentemente si aveva, contraddistinta dall'insorgenza di traumi psichici e disturbi di vario tipo come quelli d'ansia, stress e panico. È bene, perciò, distinguere i vari casi partendo dalla distinzione tra le due categorie in questo caso coinvolte: le vittime della catastrofe e i soccorritori.

3.1 Il supporto psicologico alle vittime: il disturbo da stress post traumatico

Il trauma psicologico causato da un evento traumatico è qualcosa di profondo, che rimarrà inevitabilmente ancorato all'anima delle persone, alle loro sicurezze, a una vita di tutti i giorni che non sarà più la stessa, al senso di indeterminatezza sul futuro; infatti una catastrofe spesso è improvvisa e inaspettata, travolge la sensazione di controllo delle persone, comporta la percezione di una minaccia potenzialmente letale e può determinare perdite emotive o fisiche. Non tutti quelli che sono stati testimoni sulla propria pelle di un'esperienza traumatica presentano le stesse reazioni. Le risposte possono andare dal completo recupero e il ritorno ad una vita normale in un breve periodo di tempo, fino alle reazioni più gravi, come quelle che impediscono alla persona di continuare a vivere la propria vita come faceva prima dell'accaduto. Si possono generare, infatti, reazioni emotive così intense da interferire con la regolare capacità di fronteggiamento da parte dell'organismo.

Tutto ciò potrebbe determinare l'insorgenza di patologie come il Disturbo da Stress Post Traumatico, una patologia della psiche umana che si sviluppa a seguito del contatto con un evento traumatico e che può manifestarsi con sintomi come:

- tendere a “rivivere” l'evento traumatico, ad esempio attraverso ricordi ed immagini ricorrenti dei momenti successivi alla scossa, ricordi che sopraggiungono anche in modo intrusivo, quasi contro la propria volontà;
- perdere il contatto con la realtà e comportarsi, per qualche istante, come se ci si trovasse proprio sul luogo della tragedia (flashback), arrivando a provare un disagio ed un terrore molto intensi;
- quando esposti a qualcosa che in qualche modo (reale o simbolico) assomiglia all'evento traumatico reagire manifestando reattività fisiologica (difficoltà ad addormentarsi o insonnia, irritabilità, difficoltà a mantenere la concentrazione, ipervigilanza ed esagerate risposte d'allarme).

La persona che presenta un disturbo post traumatico da stress solitamente cerca di fuggire da qualsiasi cosa che può essere connessa a quell'evento: fatica a dimenticare, prova a rimuovere tutte quelle immagini delle situazioni avvenute a seguito della catastrofe, non parla dell'argomento in alcun modo. Esistono casi in cui le stesse persone possono essere soggetti ad episodi di amnesie dimenticando dei particolari connessi alla catastrofe; altre manifestano una discreta incapacità di provare e/o esprimere le proprie emozioni (anestesia emozionale). Queste persone spesso lamentano di sentirsi fredde, distaccate, disinteressate agli altri, apatiche. Il futuro viene percepito in modo molto negativo, quasi senza speranza. La persona tendenzialmente evita di pensare a progetti lavorativi o familiari, un po' come se il tempo si fosse congelato.

Ad oggi nell'ambito della psicologia dell'emergenza il trattamento più efficace per i disturbi post traumatici risulta la tecnica dell'EMDR (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari).

L'EMDR è un approccio terapeutico utilizzato sia per il trattamento del trauma che altre problematiche legate allo stress. Tale protocollo, attraverso l'utilizzo dei movimenti

oculari (o altre forme di stimolazione alternata), si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica, riducendo i sintomi e riattivando il fisiologico processo di elaborazione delle informazioni. Tale metodo può essere impiegato sia nella fase acuta dell'evento, al fine di rendere più tollerabile l'elevata attivazione fisiologica, che come trattamento d'elezione nelle fasi successive. L'obiettivo dell'EMDR è quello di rendere il ricordo, precedentemente disturbante, privo di connotazioni sintomatiche e disturbanti ripristinando il naturale processo. (Di Francesco F., 2018).

3.2 Il supporto psicologico ai soccorritori: il “burnout”

Può capitare che, anche nei più efficienti processi di soccorso, gli operatori sanitari non siano stati in grado di raggiungere tutti i propri obiettivi, come l'assistenza ad ogni vittima colpita, a causa di svariati motivi. Tutto ciò, in particolare in caso di grandi catastrofi che hanno causato la scomparsa di un vasto numero di persone, può provocare agli stessi soccorritori delle psicopatologie permanenti caratterizzate dall'espressione di emozioni incontrollabili e reazioni negative. L'essere continuamente all'interno di un ambiente colmo di tristezza e desolazione ed esposti a situazioni ad alto rischio determina un tormento interiore su cui non si può sorvolare. Ci si riferisce a tale disagio con il termine “traumatizzazione vicaria”, un disturbo psicologico comune negli operatori sanitari dell'emergenza, caratterizzato dal coinvolgimento empatico del soccorritore con la condizione traumatica della vittima a cui sta prestando assistenza. L'operatore sanitario, a seguito di lunghe prestazioni in un processo di maxiemergenza, può arrivare a mutare le proprie visioni della realtà, la sua sicurezza e la sua competenza e capacità professionale. Questo avviene in quanto nella sua professione, è perennemente turbato da pesanti carichi emotivi, si ritrova a dover approcciarsi con episodi di tristezza o di rabbia, a vedere con i propri occhi la morte che dilaga intorno a lui, la sofferenza e l'inquietudine dei feriti da lui soccorsi. È in condizioni come queste che una delle sindromi più comuni tra gli operatori sanitari ha vita, il “burnout”.

Il burnout è generalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e derealizzazione personale, che può manifestarsi in tutte quelle professioni con implicazioni relazionali molto accentuate (possiamo considerarlo come un tipo di stress lavorativo). Generalmente nasce da un deterioramento che influenza valori, dignità, spirito e volontà delle persone colpite. (Castello A., 2009)

È causato dal coinvolgimento a lungo termine in eventi emotivamente impegnati e può manifestarsi in quei professionisti che hanno il compito di assistere a persone che si trovano in situazioni problematiche, caratterizzate dal contatto costante con la malattia e con la morte; tale coinvolgimento emotivo può possedere un'intensità così ampia da diventare non più sopportabile in alcun modo. Gli infermieri sono probabilmente la categoria tra i professionisti sanitari più a contatto con i pazienti e, per questo motivo, sono anche i più colpiti dal burnout. Essa è stata riconosciuta come una vera e propria malattia professionale e se ne registrano sempre più casi nel corso degli anni. Al giorno d'oggi la prospettiva delle malattie professionali è drasticamente mutata da quando la legislazione ha ampliato la normativa a supporto del bisogno emozionale dei lavoratori venendo tutelati non solo gli infortuni sul lavoro, ma tutte le patologie causate dall'attività lavorativa.

3.3 Strategie e tecniche anti-disagio psicologico

È ormai da qualche anno che è stata riconosciuta maggior importanza nella necessità di fornire un'adeguata formazione dal punto di vista dell'aspetto psicologico nelle operazioni di maxiemergenza. In merito a ciò sono stati definiti dei processi di intervento basati sulla prevenzione primaria e sui metodi per affrontare episodi di emergenza, come il peer supporter, il defusing e il counseling.

Il peer supporter è un professionista molto comune in alcune nazioni europee e nel Nord America. Egli è una figura adeguatamente formata e specializzata nel trattamento psicologico agli altri operatori ed è capace di analizzare i loro comportamenti scovando eventuali segni di un primo disagio psicologico che potrebbe diventare un grave peso da

sostenere durante le operazioni di soccorso. Tali figure danno la possibilità ai loro colleghi di confidare le proprie paure, le delusioni, i pensieri e le preoccupazioni scaturite dall'ambiente che li circonda. Il peer supporter non opera sulla base di criteri diagnostici, ma crea un ambiente di ascolto empatico, all'interno del quale i colleghi possono vivere una situazione di rispetto reciproco, di responsabilità condivisa circa i vissuti individuali e di mutuo accordo nell'individuare gli aspetti verso i quali è necessario richiedere aiuto all'esterno, senza che ciò venga vissuto negativamente. Attraverso l'ascolto, i peer possono valutare se l'entità del problema espresso dal collega è tale da richiedere l'intervento di un professionista. (Albino C., Zuliani A., Alfonso I., 2014).

Il defusing è un servizio che viene svolto dai soccorritori a seguito della conclusione dell'emergenza e riguarda un incontro di gruppo che porta gli operatori a ricordare gli eventi poco prima accaduti, con l'obiettivo di condividere le emozioni e le esperienze successe ad ognuno di loro. Raccontando le vicende ai propri colleghi, capendo di non essere stati gli unici a dover sopportare episodi di paura, tristezza, stanchezza e caos, i soccorritori riescono a superare più velocemente quella sensazione di disagio rimasta ancorata nella loro mente. Verranno, infine, definite tutti insieme le accortezze da avere per superare la condizione stressante come cercare di recuperare le energie, sia fisiche che psicologiche, praticare sport o attività con l'obiettivo di estraniare i pensieri, evitare il consumo di alcool e farmaci psicotropi o, nei casi più gravi, richiedere l'assistenza di specialisti per superare lo stress.

Il counseling è una particolare forma di relazione d'aiuto che l'infermiere utilizza unendo capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche, allo scopo di fornire un'assistenza completa ed efficace ai pazienti. Le finalità del counseling infermieristico sono principalmente quelle di sostenere, guidare e educare. Attraverso tecniche di ascolto e la conduzione di colloqui strutturati, si porta la persona a organizzare la realtà vissuta, normalizzarla, attribuendo all'evento un significato e un senso che possono permettere al soggetto di archivarlo come evento del passato. (Garzena D., 2017)

Conclusioni

Emergenza dopo emergenza, il Sistema Sanitario Nazionale Italiano ha raggiunto una modalità di soccorso alle popolazioni colpite da catastrofi invidiata da tutto il mondo. Le diverse analisi effettuate in passato al termine di ogni piano di maxiemergenza hanno portato a definire le giuste priorità da rispettare per l'organizzazione di ogni sistema di soccorso. Si è sottolineata l'importanza della fase di pianificazione, grazie alla quale, in caso di un imminente disastro (come un terremoto improvviso, un maremoto, o il distacco di una valanga), potranno attivarsi tutte le forze necessarie nel minor tempo possibile e nella più completa cooperazione tra loro; saranno, inoltre, già disponibili tutte le risorse destinate all'assistenza ai feriti che avverrà direttamente sul luogo dell'evento. La settorializzazione permetterà di suddividere il territorio dell'intervento in più aree e assegnare a ciascuna delle attività ben precise, in modo tale da ottenere per certo un'azione di soccorso perfettamente ordinata e funzionale. L'allestimento del Posto Medico Avanzato e, successivamente, degli ospedali da campo, sarà fondamentale per gestire l'assistenza ad ogni ferito, partendo dai casi più urgenti a quelli meno gravi, utilizzando i protocolli di triage più raccomandati dalle evidenze scientifiche. Sarà necessario anche che tutti gli operatori sanitari, medici, infermieri ed oss posseggano le più aggiornate conoscenze in materia di emergenza per poter garantire ad ogni caso delle prestazioni efficaci e scongiurare ogni possibile rischio legato ai pazienti. L'esperienza accumulata nel corso di più interventi di maxiemergenza ha evidenziato anche la necessità di offrire un supporto psicologico sia agli scampati della catastrofe che agli stessi operatori sanitari, condannati a dover condividere la propria vita con il ricordo di un evento traumatico e segnato dal caos, dalla paura, dalla morte. Sono così nate negli anni nuove figure professionali con il compito di gestire tali ricordi ed emozioni per accompagnare le persone a non avere più timore di quegli episodi che, involontariamente, sono rimasti attanagliati nella loro mente, causando loro un disagio psicologico che andava a interferire con il normale trascorrere della quotidianità.

Attraverso questa efficace organizzazione si è riusciti a vincere ogni qualvolta ne è stato necessario, riuscendo a salvare vite a tutti coloro in pericolo, guarendo chi aveva subito

traumi, restituendo il sorriso a chi, ormai, vagava nell'inquietudine e nell'insicurezza sul futuro.

Grazie, a tutti coloro che ogni giorno negli ospedali e nelle grandi emergenze prestano il proprio servizio unicamente per il bene del prossimo, mettendo da parte ogni pensiero ed ogni distrazione.

Bibliografia

- Albino, C., Zuliani, A., & Alfonso, I., (2014). Il peer supporting come azione di gestione degli effetti di eventi traumatogeni: resoconto di una esperienza realizzata per il personale di nuovo trasporto viaggiatori. Disponibile in: <http://www.studiozuliani.net/wp-content/uploads/2015/12/PdE-n-32.pdf>
- Castello, A., (2009). Burnout. Disponibile in: <http://www.psicologiadellavoro.org/burnout-d1/>
- Corriere della Sera. (2009). Terremoto in Abruzzo: oltre 150 morti. I feriti sono 1500, 70 mila gli sfollati. Disponibile in: https://www.corriere.it/cronache/09_aprile_06/TERREMOTO_ABRUZZO_a667c48e-2260-11de-9ce1-00144f02aabc.shtml
- De Angelis, A. (2016). Elementi basilari di management sanitario delle catastrofi. Disponibile in: <https://www.nursetimes.org/elementi-basilari-di-management-sanitario-delle-catastrofi/20376>
- Decreto ministeriale del 13 febbraio 2001. (2001). Criteri di massima per i soccorsi sanitari nelle catastrofi. Disponibile in: http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/decreto-ministeriale-del-13-febbraio-2001-criteri-di-massima-per-i-soccorsi-sanitari-nelle-catastrofi
- Di Francesco, F. (2018). La terra che continua a tremare: risposte emotive e comportamentali. Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2018/12/trauma-terremoto/>
- Fontanari, P., Gori, V., & Corsini, I. (n.d.). Le maxiemergenze. Disponibile in: https://www.sistemaprotezionecivile.it/allegati/305_maxi_emergenze.pdf
- Garzena, D. (2017). Counseling infermieristico. Disponibile in: <https://sites.google.com/site/linfermiereolistico/prestazioni-infermieristiche/counselling-infermieristico>
- Medicina online, (2018). Politrauma: definizione, gestione, stabile ed instabile. Disponibile in: <https://medicinaonline.co/2018/03/14/politrauma-definizione-gestione-stabile-instabile/>
- Scarone, P.C., Tua, A., Marino, R., & Petrino, R. (2014). Aspetti organizzativi in maxiemergenze: il triage. Disponibile in: <http://www.sismax.it/images/documenti/pubblicazioni%20scientifiche/Maxiemergenze%20smart.pdf>
- Scelsi, S. (2018). Maxiemergenza: Gestione di una catastrofe o evento maggiore. Disponibile in: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/maxiemergenza-gestione-soccorsi-catastrofe.html>
- Wikipedia. (2009). Terremoto dell'Aquila del 2009. Disponibile in: https://it.wikipedia.org/wiki/Terremoto_dell%27Aquila_del_2009
- Wikipedia. (2016). Terremoto del centro Italia del 2016 e 2017. Disponibile in: https://it.wikipedia.org/wiki/Terremoto_del_Centro_Italia_del_2016_e_del_2017#Caterare_degli_eventi_sismici

Ringraziamenti

Nel momento in cui stò scrivendo questo capitolo finale, l'Italia e il mondo intero dilagano nella quarantena a causa del Covid-19. Questo è solo l'ultimo degli eventi che hanno cercato di ostacolare il percorso di me e i miei compagni durante questi tre anni di studio, intervallati da terremoti, grandi nevicate e cambi di sede; ma non sarebbe un valido percorso se non ci fossero dei tratti in salita ed altri in discesa. Per fortuna accanto a me ho avuto delle persone che mi hanno aiutato quando ne ho avuto il bisogno.

Ringrazio innanzitutto i miei genitori che mi hanno permesso di poter frequentare l'università dandomi fiducia e sostegno ogni giorno.

Ringrazio il direttore Marcelli e la prof. Traini per l'aiuto e i consigli per la redazione della tesi, e tutti i docenti e le tutor per i preziosi insegnamenti nel corso delle loro lezioni e certificazioni.

Ringrazio tutti i miei compagni di corso con cui ho instaurato una grande amicizia; Marjus e Mattia che mi hanno supportato e sopportato, aiutandomi con lo studio per la preparazione agli esami e con cui ho condiviso dei ricordi stupendi ogni giorno; Alessandro, Giacomo e Massimiliano per le tante risate che mi hanno fatto fare e per i saggi consigli su qualsiasi argomento; Gabiria, Laura, Kekka, Francesca, Valentina e Barbara perché ho potuto sempre contare su di loro per spiegazioni, chiarimenti, confronti o semplici chiacchierate nei momenti di svago; Emanuele e Matteo per la continua simpatia con cui avete migliorato ogni momento di noia.

Ringrazio infine i miei amici al di fuori dell'università, che per motivi di spazio non potrò elencare (ma sapranno che sto parlando di loro), per avermi fatto svagare nei periodi più stressanti e per avermi sempre ascoltato quando dovevo sfogare i miei pensieri.

Grazie a tutti voi!