



**Il servizio sanitario
emergenza-urgenza:
attività ordinaria e organizzazione nelle
maxi-emergenze**

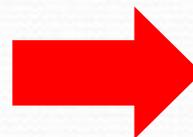
Il servizio sanitario emergenza-urgenza

D.P.R. 27-03-1992 Decreto 118 - "De Lorenzo"

1992

ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO ALLE REGIONI PER LA DETERMINAZIONE DEI LIVELLI D'ASSISTENZA SANITARIA D'EMERGENZA

- **art. 1:**
Il livello assistenziale d'emergenza sanitaria
- **art. 2:**
Il sistema di emergenza sanitaria
- **art. 3:**
Il sistema di allarme sanitario
- **art. 4:**
Le competenze e le responsabilità nella Centrale Operativa
- **art. 5:**
La disciplina delle attività
- **art. 6:**
Il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria (P.S./art. 7 - D.E.A./art. 8)



NASCE IL NUMERO UNICO

118

Direttiva Europea 2002/22/EC del 7/03/2002: obbligo per gli Stati di dotarsi del Numero Unico Europeo 112 per le chiamate di emergenza

IN LOMBARDIA SI SPERIMENTA

Modello organizzativo del Call Center Laico (CCL) Numero Unico Emergenza (NUE) 112

- ricezione centralizzata di tutte le richieste di soccorso
- localizzazione del chiamante (rete fissa e mobile)
- identificazione dell'intestatario dell'utenza telefonica (rete fissa)
- individuazione della natura dell'emergenza (emergenza sanitaria, soccorso tecnico urgente, pubblica sicurezza)



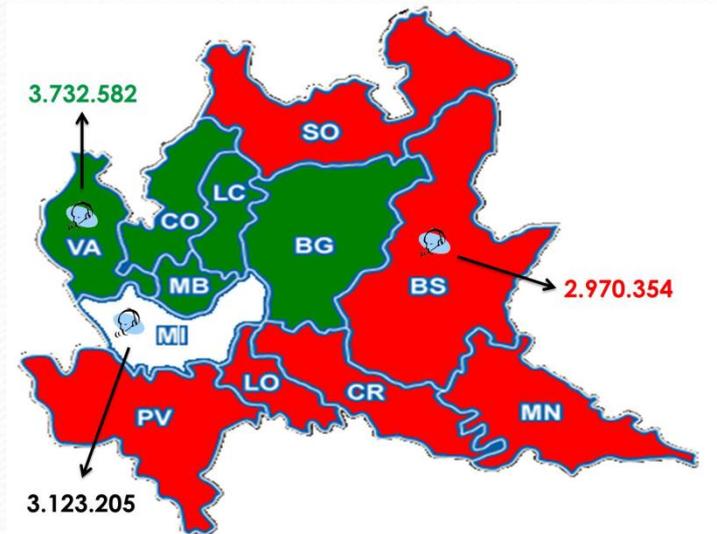
dal 22 giugno 2010 Sperimentazione a Varese

dal 23/07/2012 operativo sul territorio di Como

dal 01/10/2012 operativo sul territorio di Monza e Brianza e Lecco

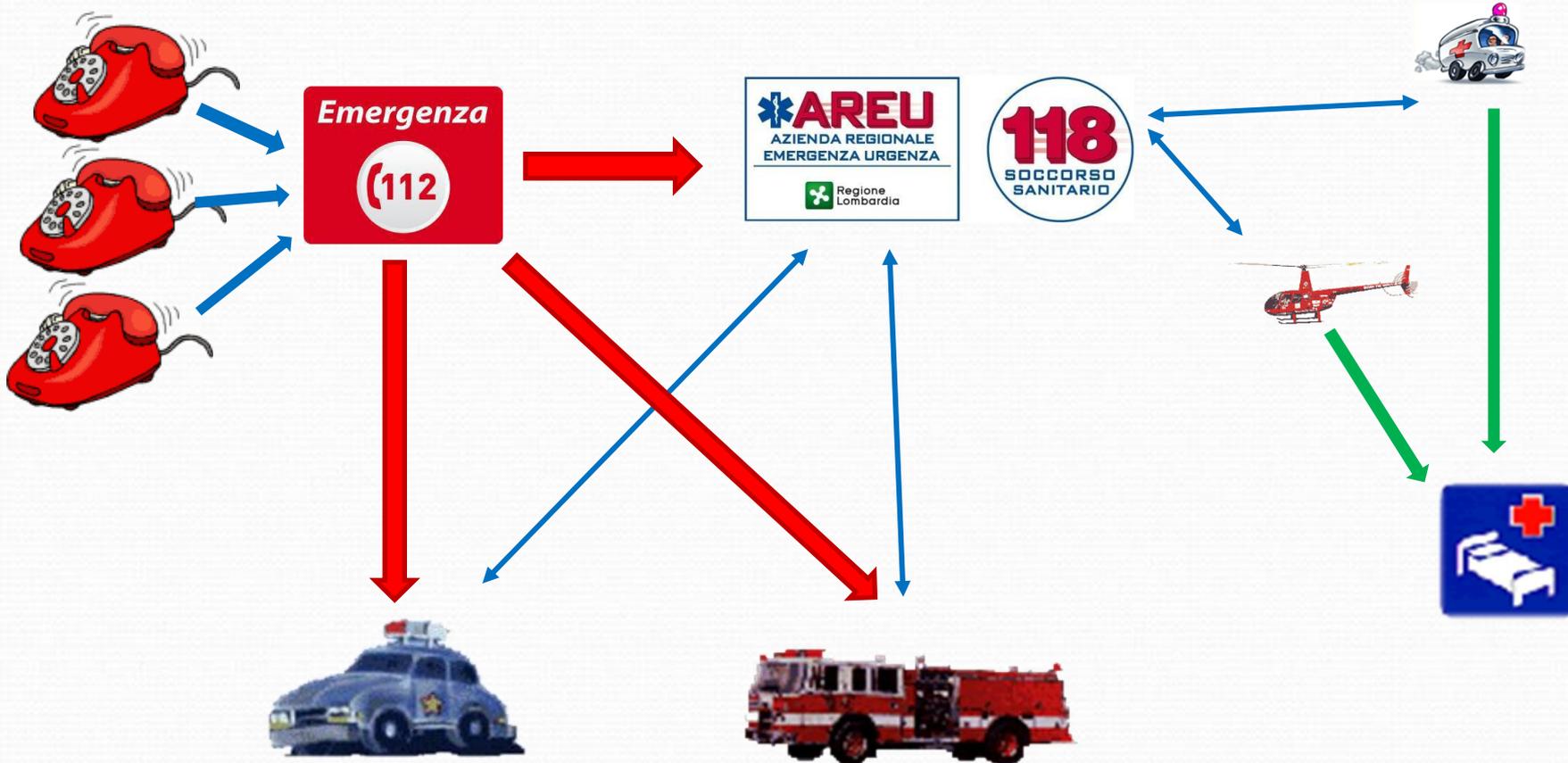
dal 06/11/2012 operativo sul territorio di Bergamo

dal 07/05/2013 operativo sul territorio di Milano



I VECCHI NUMERI NON SONO DISABILITATI MA SOLO INSTRADATI AL NUE

Gestione dell'evento



EMERGENZA SANITARIA:

Verrà coordinata dalle 4 SOREU regionali (Milano, Como, Bergamo e Pavia).



6 CENTRALI OPERATIVE Provinciali e 3 SOREU

(Bergamo, Brescia, Cremona, Mantova, Sondrio, Varese)+ (Como, Milano, Pavia)

LA CENTRALE OPERATIVA 118 MB

dal 28/05/2013 entrerà a far parte della

SOREU di Milano



Perché l'Emergenza Sanitaria?

**....L'ORGANIZZAZIONE e la qualità DEL SOCCORSO
RIDUCONO SIGNIFICATIVAMENTE
LA MORTALITA' PRE - OSPEDALIERA,
I TEMPI DI DEGENZA MEDIA, LE SEQUELE INVALIDANTI**

...

Giunta Regionale Lombardia N. 12257 del 30/7/1991

Delibera istitutiva 118

La Centrale Operativa dell'Emergenza Sanitaria ha il compito di:

- **Gestione chiamata di soccorso**
- **Localizzazione ed invio dell'unita' adeguata**
 - I° livello di soccorso - MSB
 - II° livello di soccorso - MSA
- **Coordinamento con altre forze (FFOO,VVFF,GM, ecc.)**
- **Trasporto del paziente in struttura adatta**
- **Previsione di rischio, organizzazione e Gestione delle Maxi-emergenze**
- **Formazione del personale di soccorso**



Centrale Operativa Emergenza Urgenza

Risorse di una Centrale Operativa

Risorse Umane:

- Medici
- Infermieri
- Operatori tecnici

Risorse Tecnologiche:

- Sistema telefonico
- Sistema Radio (FM GPS e TETRA)
- Sistema infomatico

Risorse Operative:

Associazioni di Soccorso



Ospedali tutti gli ospedali dotati di un Pronto Soccorso



Forze dell'ordine



Vigili del Fuoco



ALTRO



Mezzi di Soccorso di Base



MSB 1° livello

Ambulanza 0di Soccorso

(Tipo A)

- Equipaggio: Autista soccorritore
Capo equipaggio
Soccorritore

personale NON sanitario

Soccorritori con formazione specifica a cura SSUEm 118 (certificazione), finalizzata a manovre primo soccorso extraospedaliero

compiti MSB

- Valutazione Primaria del PZ
- Mantenimento funzioni vitali di base (BLS-D, disostruzione manuale vie aeree)
- Immobilizz. e trasporto traumatizzati
- trasporto verso P.S.

Mezzi di Soccorso Avanzato

MSI ed MSA 2° livello

Auto infermieristica



Automedica

Elisoccorso



MSI -Auto infermieristica

E' composta da:

- Autista "soccorritore"
- Infermiere
 - "esperienza" Area Critica
 - Formazione specifica a cura SSUEm 118



compiti MSI

- Valutazione Primaria del PZ
- Mantenimento funzioni vitali di base (BLS-D, disostruzione manuale vie aeree)
- *Valutazione strumentale, invio dati e trattamento di alcune patologie secondo protocolli regionali e su indicazione della C.O.*
- Immobilizz. e trasporto traumatizzati
- trasporto verso P.S.

Automedica

Equipaggio

- Autista “soccorritore”
- Infermiere
 - “esperienza” Area Critica
 - Formazione specifica a cura SSUEm 118
- Medico
 - Con specialità Anestesista Rianimatore
 - Medico formazione specifica “emergenza territoriale”



Elisoccorso

- Equipe di Condotta
 - Comandante
 - Pilota
 - Tecnico elisoccorso
- Equipaggio di soccorso
 - Medico Anest. Rianimatore
 - Formazione tecnica specifica SAR
 - Infermiere formazione area critica
 - Formazione sanitaria specifica (ALS,PTC,ecc)
 - Formazione tecnica specifica SAR
 - Operatore Tecnico CNSAS
 - Supporto tecnico ad equipaggio sanitario



Funzione MSA

- **Ripristino delle funzioni vitali**
- **Terapia urgente e mirata** (farmaci)
- **Valutazione diagnostica** (ECG-Ecografia)

Atti a ridurre

Complicanze cliniche

Esiti invalidanti

Mortalità



Quando chiamare l'Emergenza sanitaria? (112/118)

Si chiama per :

- Grave malore
- Incidente stradale
- Incidente domestico
- Incidente sportivo
- Incidente sul lavoro
- Ricovero urgente



Accesso al
PRONTO SOCCORSO



Non si chiama per:

- Ricovero programmato
- Dimissione di ricoverato
- Trasferimento
- Trasporto non urgente



Accesso a:
Reparto Ospedaliero
Ambulatorio
Casa di cura/riposo
Medico di famiglia/dentista



Come chiamare l'Emergenza sanitaria? (112/118)



Informazioni Logistiche:

Motivo della chiamata

Comune

Via e civico/incrocio

Se in abitazione:

**scala, piano e nome sul
CITOFONO**

Nome/numero

autostrada/tangenziale

**Direzione e ultima uscita
conosciuta**



Informazioni sanitarie:

Numero dei feriti/malati

Sesso ed età

Stato di coscienza/ respiro

**Eventuale dolore/emorragie
visibili**

Malattie note

**Ogni altra informazione richiesta
dall'operatore**



Le chiamate di soccorso vengono gestite con mezzi differenti a seconda della gravità della situazione



Più informazioni precise vengono fornite più rapido ed efficace sarà il soccorso

Cosa fare in attesa dell'ambulanza?

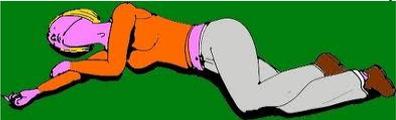
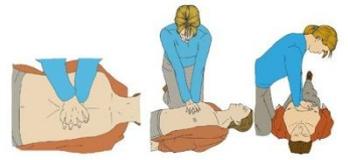
Valutare il tipo di evento		
Malore		Trauma



Valutare le condizioni dell'infortunato			
Coscienza	respiro	sanguinamenti	fratture
Chiama ad alta voce	Pancia e/o torace si alzano?		Gli arti hanno posizioni anomale?

Cosa fare in attesa dell'ambulanza?

Malore

PERSONA SVEGLIA	PERSONA NON COSCIENTE che respira	PERSONA NON COSCIENTE che NON respira
Lasciare nella posizione preferita	Sdraiarla a terra e girarla su di un fianco con la testa indietro (PLS) 	Sdraiarla supina
Slacciare indumenti stretti	Slacciare indumenti stretti	Tirare indietro la testa
Controllare che non perda coscienza	Controllare che continui a respirare	Se continua a non respirare MASSAGGIO CARDIACO
Non dare da mangiare o da bere	Non dare da mangiare o da bere	 Immagine 1 Immagine 2 Immagine 3

Cosa fare in attesa dell'ambulanza?

TRAUMA

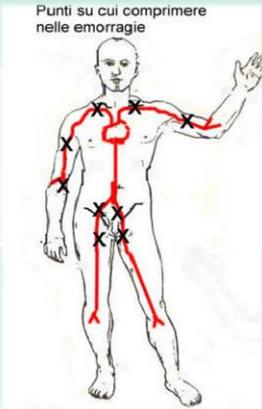
Non muovere se non ci sono pericoli imminenti!!!

PERSONA SVEGLIA	PERSONA NON COSCIENTE che respira	PERSONA NON COSCIENTE che NON respira
Lasciare nella posizione preferita	Non muovere! (no PLS)	Spostare delicatamente la testa all'indietro
Slacciare indumenti stretti	Slacciare indumenti stretti	Se continua a non respirare mettere supina
Controllare che non perda coscienza	Controllare che continui a respirare	 MASSAGGIO CARDIACO
Tamponare eventuali emorragie	Tamponare eventuali emorragie	Tamponare eventuali emorragie

Cosa fare in attesa dell'ambulanza?

TRAUMA

Ferite

FERITA CON EMORRAGIA	FERITA CON OGGETTO CONFICCATO	AMPUTAZIONE
Coprire la ferita con panno pulito (no cotone o carta)	Non rimuovere l'oggetto!!	Coprire la ferita con panno pulito (no cotone o carta)
Se emorragia copiosa comprimere direttamente la ferita	Coprire la ferita con panno pulito (no cotone o carta)	Controllare l'emorragia comprimendo direttamente sul moncone
Non utilizzare il laccio emostatico ma punti di compressione		Provare a controllare l'emorragia con punti di compressione
Solo se l'emorragia non è contenibile applicare il laccio		Solo se l'emorragia non è contenibile applicare il laccio

Cosa fare in attesa dell'ambulanza?

TRAUMA Casi Particolari

USTIONI	INCIDENTE STRADALE	FOLGORAZIONE
Raffreddare la parte con acqua corrente	Non estrarre la persona dal veicolo	Non avvicinarsi prima di aver interrotto la corrente
Rimuovere i vestiti solo se non sono attaccati alla pelle	Estrarre solo in presenza di pericoli imminenti (fuoco o altro) o se Non risponde e NON respira	Se necessario allontanare la fonte elettrica con lunghi pali di legno
Continuare a raffreddare la parte con acqua corrente	Mettere l'area in scurezza da altri veicoli provenienti	SOLO SE IN SICUREZZA valutare le condizioni della persona
Non applicare pomate o altro		



D3

D4

D5



Ruolo delle SOREU nella maxiemergenza/catastrofe



Aspetti legislativi

**DIRETTIVE EMANATE DALLA P.C.M.
CON IL COMUNICATO N°116/2001**

Centrali Operative 118

- **La C.O.118 costituisce l'interlocutore privilegiato in campo sanitario**
- **Rappresentante medico nel CCS (funzione 2)**
- **Operatore di centrale nella Sala operativa**



**Direttive emanate dalla P.C.M. con il comunicato
n°116/2001**

COMPITI DELLA CENTRALE OPERATIVA 118

**In collaborazione con Prefettura e ASL
(dipartimento di prevenzione etc)
deve:**

- **Individuare i maggiori rischi sanitari**
- **Prevede un'organizzazione sanitaria in grado di fronteggiare gli eventi catastrofici più probabili**



Direttive emanate dalla P.C.M. con il comunicato n°116/2001

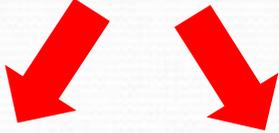
La COEU 118 deve procedere a:

- **Stabilire precise procedure per l'interfaccia con altri enti (Prefetture, Forze di Polizia, VVF, DEA, etc)**
- **Dotarsi di affidabili sistemi di tele-radio comunicazioni anche in via ordinaria**
- **Conoscenza dettagliata della potenzialità di Enti/Associazioni di volontariato**
- **Numero e singole potenzialità degli ospedali, case di cura, etc.,**
- **Predisposizione di piani di emergenza realizzati anche a livello interprovinciale**

CATASTROFE/INCIDENTE MAGGIORE:

caratteristiche dell'evento

- imprevisto
- violento e improvviso
- dimensione (Devastazione di ampi territori)
- danni umani e materiali (Elevato numero di vittime)



sproporzione fra mezzi di soccorso disponibili e reali necessità

Coordinamento degli interventi estremamente difficile (comunicazioni, transitabilità, energia, etc)



Medicina delle catastrofi

Gestire lo squilibrio tra la necessità e le risorse disponibili, per salvare il più alto numero di vittime possibile

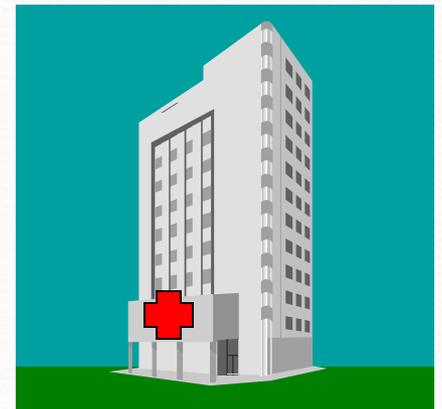
Medicina delle catastrofi



strategia



logistica



tattica

Reazioni umane

- **Eventi eccezionali mai verificati nell'arco della propria vita**
- **Eventi negativi con tendenza alla rimozione**
- **Eventi lontani dalla realtà della vita quotidiana**
- **Scarso coinvolgimento**

In pratica l'85% della popolazione è in stato di stress emotivo!



Risorse disponibili

PERSONALE di soccorso

1. Medici Rianimatori
 - della C.O.E.U.
 - dell'Elisoccorso
2. Medici dei MSA territoriali del 118
3. Infermieri del 118 e dei MSA territoriali
4. Tecnici di Centrale
5. Soccorritori

Risorse disponibili

MEZZI di soccorso



Risorse disponibili

MATERIALI



Etc...



MAXIEMERGENZA

gestione sul campo



Richiesta di Soccorso

Attivazione 1° MSB ed MSA

- Ricognizione
- dimensionamento e tipologia dell'evento
- individuazione vie d'accesso
- individuazione luoghi per eventuale/i PMA
- eventuale suddivisione dell'area in settori
- primo TRIAGE
- Istituzione PCA provvisorio

Attivazione VVFF e FFOO

conferma dell'evento

- Mobilitazione delle risorse locali ed eventualmente dei 118 limitrofi
- Alertamento PC e Prefettura
- Allestimento elementi della catena dei soccorsi

Scenari ipotizzati

Evento catastrofico ad effetto limitato

caratterizzato da:

- Integrità delle strutture di soccorso
- Limitata estensione nel tempo delle operazioni di soccorso valutate (<12 ore)

**Sinonimo di maxiemergenza ed
incidente maggiore**



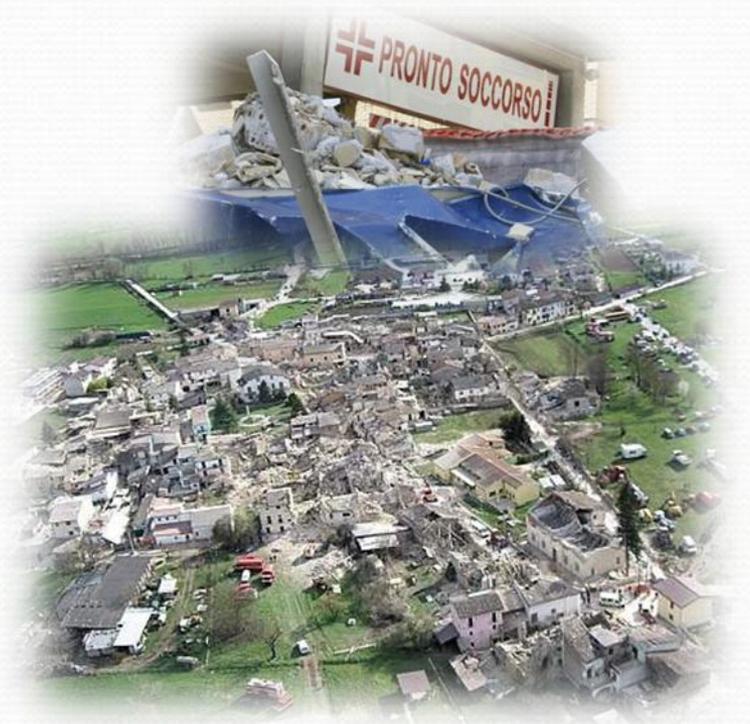
Scenari ipotizzati

Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali

Evento con:

- Devastazione di ampi territori
- Elevato numero di vittime

**Coordinamento degli interventi
estremamente difficile
(comunicazioni, transitabilità,
energia, risorse, etc)**





Vengono istituite delle **STRUTTURE DI COORDINAMENTO**

- **PCA: Posto di Comando Avanzato**
- **COM: Centro Operativo Misto**
- **Sala Operativa**
- **CCS: Centro Coordinamento Soccorsi**



Strutture di coordinamento

Posto di Comando Avanzato (PCA)

- **Rappresenta la prima cellula di comando tecnico a supporto del Centro di Coordinamento dei Soccorsi (CCS)**
- **E' composto di norma dalle primarie strutture di soccorso (VVF, 118, Organi di Polizia, etc.)**



Strutture di coordinamento

Centro Operativo Misto (COM)

- **Struttura decentrata**
- **Costituita da rappresentanti dei comuni e delle strutture operative**
- **Raccordo prefettura e sindaci**



Strutture di coordinamento

Centro di Coordinamento dei Soccorsi (CCS)

- **Massimo organo di coordinamento delle attività di protezione civile a livello provinciale**
- **Composto dai responsabili di tutte le componenti e strutture operative**
- **Individuazione strategie di intervento**
- **Razionalizzazione delle risorse disponibili**
- **Coordinamento attività dei COM**

Personale di coordinamento

DSS (Direttore Soccorsi Sanitari)	CIM (Coordinatore di Incidente Maggiore)	Direttore del Triage	Direttore dei Trasporti	Direttore del PMA
				
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinare con referenti analoghi VVF, 112, 113, Prefettura e altri enti • Coordinare le risorse impegnate per la realizzazione della "catena dei soccorsi" • Mantenere costantemente i contatti con la COEU 118 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile della gestione tecnico sanitaria dell'evento • Coordinamento con il DSS del personale operativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinare le funzioni di TRIAGE • Settorializzare il luogo dell'evento • Comunicazioni con il DSS • Recupero e trasporto pazienti al PMA • Supervisione delle operazioni di recupero complesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione dati paziente • Comunicazione con la COEU e DSS • Movimentazione dei mezzi di trasporto sanitario • Censire i mezzi disponibili • Assicurare presenza autisti sui mezzi e in ascolto radio 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina il lavoro all'interno del PMA • Comunicazione con la COEU, DSS e Direttore Trasporti

Posto Medico Avanzato (PMA)



Posto Medico Avanzato (PMA)

Sia una struttura che un'area funzionale dove radunare le vittime e concentrare le risorse di primo trattamento



Posto Medico Avanzato (PMA)

Localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza e in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento



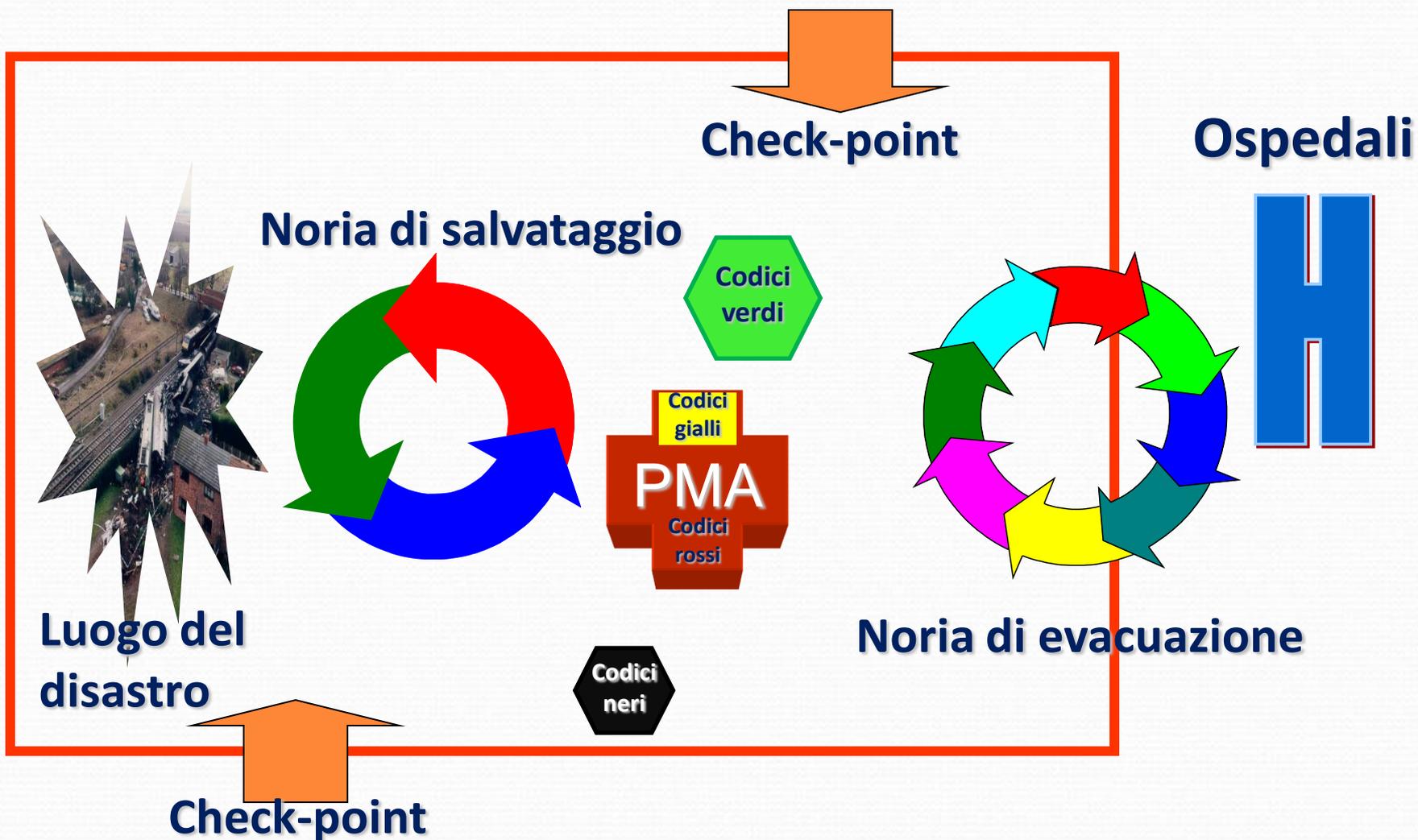
Posto Medico Avanzato (PMA)

Il posto dove effettuare:

- un TRIAGE più approfondito
- Stabilizzazione delle vittime per il trasporto
- organizzare la modalità di evacuazione sanitaria dei feriti nei centri ospedalieri più idonei



La catena dei soccorsi



La catena dei soccorsi



NORIA DI SALVATAGGIO o PICCOLA NORIA

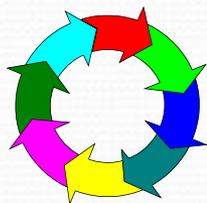
Evacuazione dalla zona di crash/raccolta

Viene effettuata:

- **Su indicazione del Responsabile Triage**
- **Sulla base del codice colore**
- **Pazienti inviati al PMA**



La catena dei soccorsi



NORIA DI EVACUAZIONE o GRANDE NORIA

Evacuazione dal PMA verso Ospedali di cura

- Evacuazione secondo il codice colore
- Interfaccia con **118** sulla destinazione





La catena dei soccorsi

Perchè decide la SOREU?

- Per evitare intasamento di PS e impropri ricoveri in strutture non idonee alla patologia
- Permette agli ospedali di competenza di attivarsi per il maxiafflusso dei pazienti



In caso di maxiemergenza una buona organizzazione, la conoscenza dei protocolli e il rispetto dei ruoli permettono di salvare il maggior numero di vittime nel più breve tempo possibile

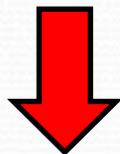


D6

D7

D8

Maxiemergenza: sproporzione marcata tra necessità sanitarie e risorse disponibili nelle prime fasi dei soccorsi



- **Cambiamento dello standard di soccorso ordinario**
- **Controllo delle reazioni umane**
- **Collaborazione**
- **Rispetto dei ruoli**
- **Non improvvisazione**



TRIAGE

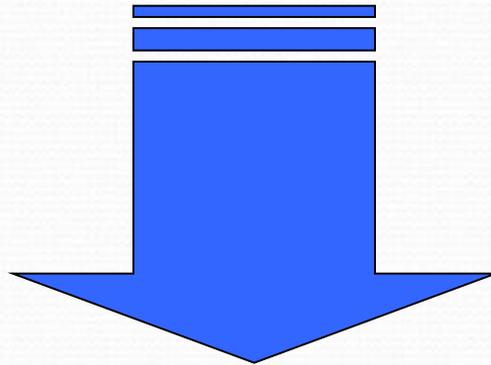
SCELTA-SMISTAMENTO

**Metodoto per suddividere i pazienti in categorie di priorità
in base alla gravità delle lesioni riportate**

Viene eseguito in caso di eventi con molteplici feriti

Triage

È un atto sanitario dinamico ed è la base della professionalità in medicina delle catastrofi



**Va fatto a tutti i livelli:
sul campo, nel PMA, in ospedale**

Triage

Scopi del triage

- **Segnalare che il pz. è stato preso in carico dal sistema sanitario**
- **Segnalare che il pz. ha un certo tipo di priorità e/o di problema**
- **Trattare il maggior numero di vittime**
 - ✓ **Meglio e più in fretta possibile**
 - ✓ **Limitando le sequele**
 - ✓ **Limitando le perdite**



Triage

Caratteristiche del metodo

- **facile memorizzazione**
- **rapida esecuzione**
- **possibilità di minime variazioni**
- **utilizzabile da tutti gli operatori**
- **attendibilità nello stabilire le priorità**



Triage

Come viene effettuato

- **rapidamente, accuratamente**
- **A fasi successive con obiettivi via via più dettagliati,**
per:
 - **allontanare i feriti dal sito**
 - **valutarli al momento del loro ingresso nella catena dei soccorsi**

Triage

Codici colore del triage

- ◇ codice **nero**: deceduti
- ◇ codice **rosso**: funzioni vitali alterate
- ◇ codice **giallo**: alterazioni vitali senza rischio immediato
- ◇ codice **verde**: lesioni non gravi

Triage START

Il paziente cammina ?

NO

SI

Il paziente respira ?

< 30

> 30

NO

Polso radiale è presente ?

SI

NO

Esegue ordini semplici ?

SI

NO

I soccorritori eseguono un triage START modificato (*Sweeping triage*) NON considerano il codice colore nero che viene sostituito con il colore rosso

CARTELLINI TRIAGE

1 2 3

Scheda di Triage n. prog.

S.T.A.R.T.

CONTAMINATO **NON CONTAMINATO**

Data Ora

luogo intervento

Id Paziente

Età Sesso M F

Il paziente cammina? ⇒ si ⇒

↓
no

Il paziente respira? ⇒ no

↓
disostruire vie aeree ⇒ no ⇒

↓
si ⇒ >30/minuto <10/minuto ⇒

↓
Polso radiale presente ⇒ no ⇒

↓
si

Coscienza? ⇒ Esegue ordini semplici ⇒

↓
Non esegue ordini semplici ⇒

Destinazione

Mechanismo di lesione / NOTE

Nero
 Rosso
 Giallo
 Verde

Nero
 Rosso
 Giallo
 Verde

Scheda di Triage
VALUTAZIONE PRIMARIA

LESIONE	
Amputazione	1
Deformità	2
Dolore	3
Emorragia	4
Ferita profonda	5
Ferita superficiale	6
Trauma	7
Frattura	8
Frattura esposta	9
Ustione (A1 A2 A3)	A
	B
	C
	D
Motilità assente	#
Sensibilità assente	+

NOTE

TRATTAMENTO

Data Ora

Ap. vie aeree

O₂

Venif.

D. PNX

Tamp. Emor.

Acc ven.

Infusioni

Immob.

Collare

Cucchiaino

Ked

Steccobenda

Mat. Depressione

Tavola spinale

Protezione termica

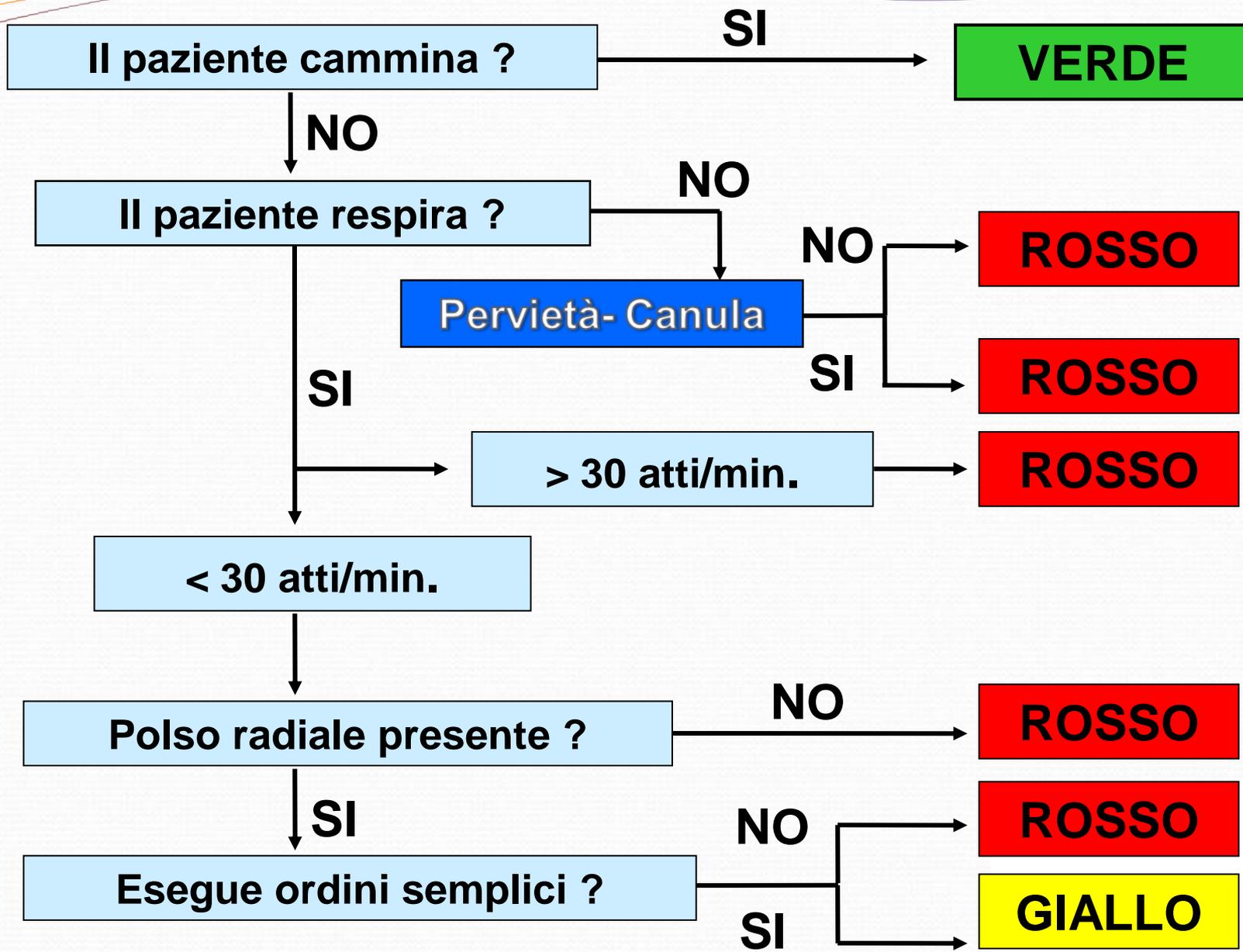
Const. Decesso

Firma _____

CODICE EVACUAZIONE

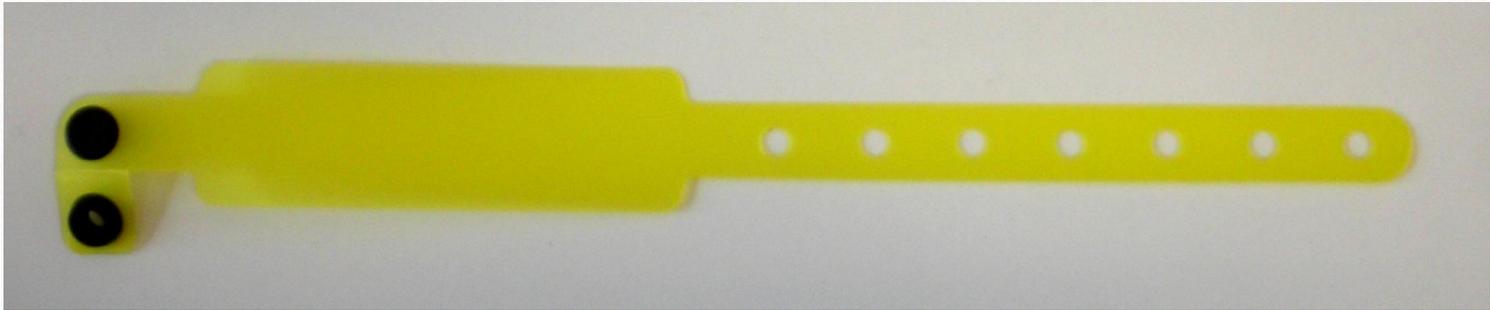
Nero
 Rosso
 Giallo
 Verde

Nero
 Rosso
 Giallo
 Verde



Triage

BRACCIALETTI





Un buon sistema di triage deve essere
semplice, rapido, dinamico e
permettere di valutare, in un tempo
limitato, la gravità di un elevato
numero di feriti, limitando al massimo
sequele invalidanti e/o i decessi



D9

D10



Aspetti Psicologici nelle Emergenze

OBIETTIVI

- Capire le situazioni di stress per il soccorritore nell'emergenza
- Capire la psicologia della vittima
- Avere delle basi per saper riconoscere e gestire i disturbi traumatici psicologici dei soccorritori e delle vittime

La psicologia dell'emergenza

“ha come finalità lo studio, la prevenzione e il trattamento dei processi psichici, delle emozioni dei comportamenti che si determinano prima, durante e dopo gli eventi critici”



Sono quindi oggetto di studio e di intervento della psicologia dell'emergenza, sia il singolo individuo che la comunità colpita dall'evento traumatico, con il fine di aiutare a prevenire o superare quei fenomeni psichici che si determinano a seguito di un evento traumatico.

Un evento traumatico porta sempre con sé il rischio di una ferita psichica che nel tempo può risultare altrettanto grave e profonda di una ferita fisica!

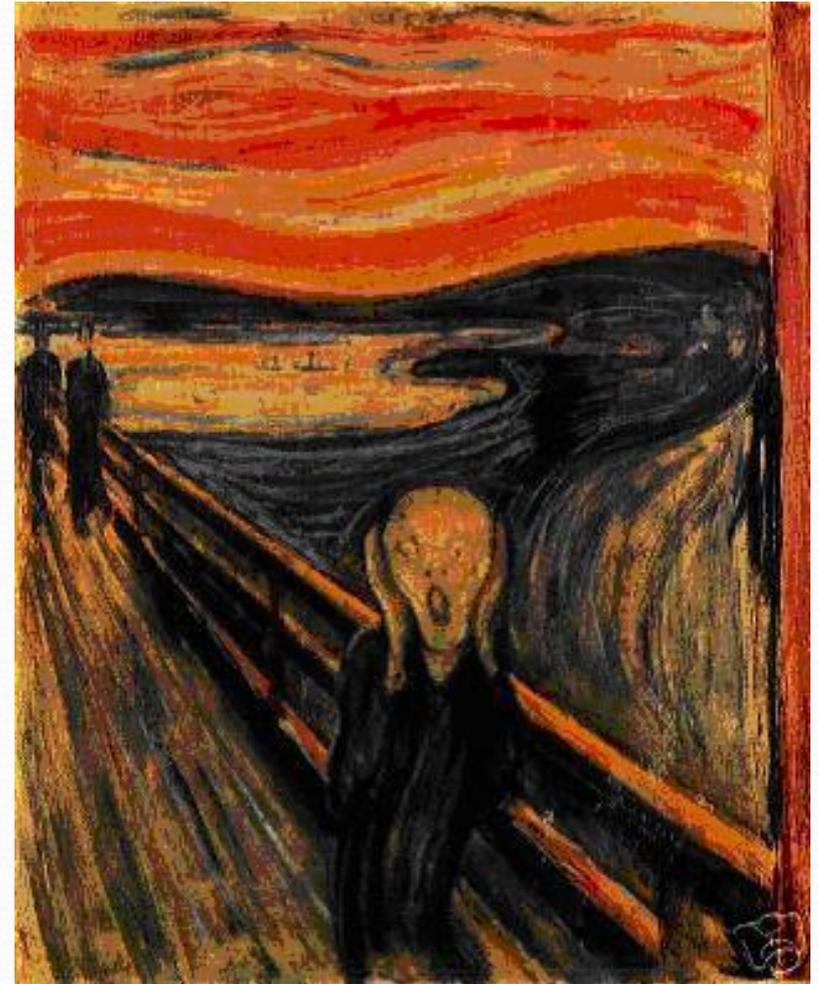


Un pronto intervento psicologico in caso di eventi critici ha lo scopo di:

- prevenire ulteriori danni fisici e psicologici.
- aiutare a stabilizzare la risposta comportamentale immediata.
- promuovere, quando è possibile, un ritorno più veloce e completo a livelli di funzionamento precedenti all'incidente.
- semplificare gli interventi dei soccorritori, contenendo o evitando reazioni di panico.

***NON DEVE NECESSARIAMENTE ESSERE
ATTUATO DA UNO PSICOLOGO!!!***

Le reazioni
psichiche sono
normali...è
l'evento in sé a
NON essere
normale!!





*tutti siamo
responsabili
nell'intervenire per
prevenire o
contenere
situazioni di
emergenza
psichica ... non è
solo "lavoro da
psicologi"!*



Ma quand'è che possiamo parlare di emergenza?

Una definizione di emergenza



“improvvisa difficoltà, situazione che impone di intervenire rapidamente ... circostanza imprevista”

Attenzione:

oltre alle situazioni in cui l'emergenza è collettiva (terremoto, alluvioni, eventi bellici), nelle quali ad essere traumatizzata è la collettività e ad essere in crisi è il sistema sociale, ci sono anche emergenze individuali, (aggressione, incidente stradale, stupro, malattie gravi), in cui ad essere traumatizzata è la persona colpita e ad essere in crisi è l'individuo.

Per i soccorritori c'è una grande differenza fra queste tipologie di emergenza, ma per la “vittima” sono tutte ugualmente tragiche e sconvolgenti!





Ci sono tanti tipi di “vittime”

Vittime del primo tipo: chi subisce in modo diretto l’impatto dell’evento catastrofico (persone soccorse o estratte dalle macerie).

Vittime del secondo tipo: parenti o persone care dei defunti o dei superstiti.

Vittime del terzo tipo: i soccorritori (volontari o professionisti).

Vittime del quarto tipo: la comunità coinvolta nel disastro e chi in qualche modo ne è eventualmente responsabile (gli abitanti degli stabili contigui e, in ultima analisi, tutto il quartiere).

Vittime del quinto tipo: individui il cui equilibrio psichico è tale che, anche se non direttamente coinvolti nel disastro, possono reagire all’evento sviluppando un disturbo psicologico.

Vittime del sesto tipo: persone che, per un diverso concorso di circostanze, avrebbero potuto essere loro stesse vittime del primo tipo o che hanno spinto altri ad essere presenti nell’area del disastro o che si sentono coinvolte per altri motivi indiretti.

È importante, psicologicamente parlando, prendersi cura non solo delle vittime di 1° tipo, ma anche - e soprattutto - delle altre!



Quando l'evento critico si verifica le persone si sentono vulnerabili ed impotenti (mancanza controllo) ... hanno necessità, però, per poter stare meglio, di accettarlo ed imparare a conviverci prima possibile.



Come essere d'aiuto?

Al soccorritore si chiede :

- capacità tecnico-professionali,
- di possedere ed utilizzare delle capacità di “contenimento emotivo” sia verso le vittime che verso i colleghi e verso se stesso.

Tutto ciò con l’obiettivo di:

- ✓ non aggravare ulteriormente la sofferenza della persona colpita
- ✓ facilitare il lavoro proprio e dei colleghi attraverso la costruzione di un’alleanza con la vittima



La traumatizzazione vicaria

Il rischio che il soccorritore sia emotivamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone che soccorre deve essere tenuto in seria considerazione.



Reazioni del soccorritore

a. Allarme:

è il primo impatto con l'evento traumatico ed

è caratterizzato da

- stordimento iniziale e dall'ansia
- dalla irritabilità e dall'irrequietezza
- Oppure da una reazione di tipo inibitorio



Reazioni del soccorritore

b. Mobilitazione:

superato l'impatto iniziale l'individuo si prepara all'azione; *l'agire aiuta a dissolvere la tensione e a recuperare l'autocontrollo.*

Alle reazioni della fase precedente, si associano, come preziosi fattori di recupero dell'equilibrio, il trascorrere del tempo, il passaggio all'azione finalizzata e coordinata e l'interazione con gli altri.



Reazioni del soccorritore

c. Azione:

inizia l'intervento di primo soccorso a favore delle vittime.

Le emozioni sono contrastanti, dall'*euforia* (quando si riesce a prestare aiuto), ai sentimenti di *delusione, colpa, inadeguatezza* (quando l'intervento non ha successo).



Reazioni del soccorritore

d. Rilassamento

è la fase che va dalla fine dell' intervento al ritorno alla routine lavorativa o sociale, dopo l'intervento di emergenza.

- ✓ Contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione trovano poi la forza di riemergere e manifestarsi nella fase del rilassamento.



Rischi per il soccorritore

Tra questi particolarmente comuni sono:

- **la difficoltà nel distendersi, nel rilassarsi addormentarsi.**
- **la tristezza, la tensione, il riaffiorare di episodi e vissuti particolarmente forti sul piano emotivo, la rabbia.**
- **disturbi comportamentali (abuso di farmaci, fumo, alcool ...)**



Quali sono?

ansia (preoccupazione, nervosismo, vulnerabilità o senso di impotenza menomanti);

depressione (anedonia, senso di indegnità, perdita di interesse per la maggioranza delle attività, risvegli precoci, senso di affaticamento persistente e mancanza di motivazione);

problemi connessi all'uso di sostanze (abuso, dipendenza o autosomministrazione impropria di medicinali);

sintomi psicotici (deliri, allucinazioni, immagini o pensieri bizzarri, catatonia).



Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)

Il soggetto rivive l'evento in maniera persistente con:

1. ricordi spiacevoli, immagini, pensieri, o percezioni.
2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.
3. sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, episodi di flashback.



Come Aiutare?

1. *Il defusing*

Si tratta di far *raccontare ed ascoltare con empatia e a ruota libera in gruppo, quel che è stato visto fatto e successo in emergenza*; si lasciano esprimere le emozioni dando loro un nome e possibilmente anche localizzandole nel corpo.

Non è indispensabile la presenza dell'*esperto*.



Come Aiutare?

2. *debriefing*

Si tratta di specifici gruppi di discussione strutturati e coordinati da un esperto nella gestione degli eventi critici; contribuiscono a *ridurre l'impatto emotivo* delle esperienze con le quali ci si è confrontati. Interventi di questo tipo sono stati utilizzati con il personale di soccorso coinvolto nell'attentato alle torri gemelle di New York del settembre 2001.



Come Aiutare?

3. Strategie di formazione

Spiegazione agli operatori delle modalità di manifestazioni più tipiche dello stress legato al contesto di emergenza al fine di non trascurarle.

Insegnamento di semplici e rapide *tecniche di rilassamento* o di *autoipnosi*.



Sono sempre di aiuto:

- ✓ presentarsi col nome
- ✓ non urlare, usare un tono di voce pacato e lento
- ✓ chiamare la persona col nome di battesimo
- ✓ cercare il contatto oculare
- ✓ toccare in modo dolce (sfiorare la mano, la spalla, ...)
- ✓ riunire ad altre persone, se possibile
- ✓ distribuire incarichi semplici
- ✓ predisporre - se la situazione lo consente - dei generi di conforto (coperte, the o caffè caldi, qualcosa di dolce ...)



È possibile rendere meno traumatiche le situazioni



Attraverso la costruzione di nostre capacità, ma anche con la semplice consapevolezza che in certe nostre attività rispondiamo a bisogni fondamentali:

- ✓ Quello di nutrire
- ✓ Quello di sentirsi al sicuro
- ✓ Quello di sentire che qualcuno si occupa di noi
- ✓ Quello di recuperare autonomia attraverso il recupero della conoscenza
- ✓ Quello di guardare avanti e condividere ritrovando famiglia, amici, persone dello stesso Paese, ecc.

per valorizzare ulteriormente quello che facciamo

Fare in modo che le persone

- non si sentano sole
- si sentano ascoltate (**in senso empatico!**)
- conoscano:
 - ✓ rispetto all'evento
 - ✓ rispetto a sé
 - ✓ rispetto ai propri cari





D11

D12



Grazie per l'attenzione