

---

# **REGIONE PIEMONTE**

## **L'INTERVENTO PSICHIATRICO E PSICOLOGICO NEGLI EVENTI CATASTROFICI**

Gestione del disagio psichico in caso di catastrofe  
Formazione del personale di soccorso e degli operatori

---

**Caterina FERRERO**

Assessore Lavori Pubblici – Difesa del Suolo – Protezione Civile

**Aldo MIGLIORE**

Direttore Opere Pubbliche e Protezione Civile

Coordinamento Generale

**Estella GATTI**

Dirigente del Settore Protezione Civile – Regione Piemonte

Coordinamento Progettuale

**Antonio Maria LAPENTA**

Generale Medico, già Direttore di Sanità R.M.N.O.

Consulente di Protezione Civile della Regione Piemonte

Coordinamento Scientifico ed Editoriale (Editor)

**Pier Maria FURLAN**

Professore Ordinario di Psichiatria, Direttore Dipartimento di Salute Mentale 5b

Presidente della Società Italiana di Psichiatria d'Urgenza,

Società Internazionale di Psichiatria d'Urgenza, Sezioni della W.P.A.

Segreteria Progettuale ed Editoriale

**Rosa D'AGOSTINO**

Protezione Civile – Regione Piemonte

Revisione Testuale

**Carla VILLA**

Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Salute Mentale 5b

---

## **AUTORI:**

**Pier Maria FURLAN** – Editor

**Claudia ABBRUGIATI** – Croce Rossa Italiana

**Paola ARTIOLI** – Università degli Studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”

**Gianpaolo BASUNTI** – DSM A.S.L. 11 Vercelli

**Mauro BERGAMINI** – DSM A.S.L. 2 Torino

**Claudia BRUSCA** – DSM A.S.L. 8 Chieri

**Anna Luisa CAPUANO** – DSM A.S.L. 19 Asti

**Giuseppina CAVALLERIS** – DSM A.S.L. 2 Torino

**Ferdinando CRINI** – Università degli Studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”

**Loredana CUTRONE** – DSM A.S.L. 5 Rivoli

**Olivia DE DONATIS** – Università degli Studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”

**Cristina DONADIO** – DSM A.S.L. 6 Ciriè

**Maria Rosaria D’ONOFRIO** – DSM A.S.L. 4 Torino

**Pier Maria FURLAN** – Università degli Studi di Torino – DSM 5b

**Federica GHIANO** – DSM A.S.L. 3 Torino

**Anna GUALERZI** – DSM TO Sud A.S.O. San Giovanni Battista – Torino

**Fredrica IMPERATORI** – Università degli Studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”

**Maria Antonietta LADU** – DSM A.S.L. 2 Torino

**Antonio Maria LAPENTA** – Generale Medico, già Direttore di Sanità R.M.N.O.

**Maria Alessandra PONZONE** – DSM A.S.L. 2 Torino

**Albina RISPOLI** – DSM A.S.L. 12 Biella

**Monica SEMINARA** – Croce Rossa Italiana

**Carla VILLA** – Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Salute Mentale 5b

## **SI RINGRAZIANO PER LA LORO CORTESE COLLABORAZIONE:**

Società Italiana di Psichiatria d’Urgenza

International Association for Emergency Psychiatry

Università degli Studi di Torino

Università degli Studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”

Aziende Sanitarie Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali del Piemonte

Croce Rossa Italiana

Dr. Piermario Gallina – D.S.M. Nord A.S.L. 13 Arona

Dr. Antonio Morra – Presidente Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi

Gen. Vito Bruno – Consulente di Protezione Civile – Regione Piemonte

Arch. Sandro Peressin – Protezione Civile – Regione Piemonte

Arch. Franco De Giglio – Protezione Civile – Regione Piemonte

Dr. Alfredo Gamba – Protezione Civile – Regione Piemonte

Dr. Mauro Velluto – C.S.I. Piemonte

***Tutti i DIRETTORI e RESPONSABILI delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Sanitarie Ospedaliere che hanno consentito la partecipazione dei propri collaboratori.***



---

## PREMESSA

*Il progetto di linee guida per le situazioni catastrofiche è nato alla fine del 1999, allorché la Regione Piemonte, prima in Italia, si è prefissata il compito di affrontare le problematiche psichiatrico-psicologiche in corso di eventi catastrofici.*

*Si è cominciato così a parlare di psichiatria delle catastrofi, branca che ha il compito di studiare gli effetti, a breve termine e a distanza di tempo, dell'esperienza di una catastrofe sulla salute mentale degli individui colpiti, e più specificatamente le reazioni psichiche alle catastrofi e le misure di prevenzione e cura delle sequele psicopatologiche immediate e tardive. Tale branca deve trovare collocazione nella più ampia disciplina, che definiamo Medicina delle Catastrofi, e che si attiva di fronte ad una emergenza collettiva. Questa specialità medica trae spunto dall'esperienza della Medicina Militare e da quella di Urgenza. Pertanto è parso ovvio coinvolgere nel progetto la Società Italiana di Psichiatria d'Urgenza.*

*Presso la Regione Piemonte - Settore Protezione Civile, di concerto con la suddetta Società e le Università piemontesi, si è deciso di inserire nel progetto anche tutti i dipartimenti di Salute Mentale della Regione Piemonte e di procedere alla stesura delle linee guida stilate con il metodo del consensus conference.*

*Si è stabilito di affrontare non solo il problema del trattamento dei traumi psichici collegati agli eventi catastrofici, ma anche quello della prevenzione e della formazione. Grande spazio si è voluto dare ai soccorritori che, come ben sappiamo, spesse volte diventano a loro volta vittime.*

*Il gruppo ha lavorato per un arco di circa due anni preparando una proposta di triage psichiatrico, affrontando il problema della formazione in psichiatria delle catastrofi, quello della logistica e dei soccorritori, approfondendo gli aspetti psicologici-psichiatrici delle vittime e gli eventi psicologici nonché le manifestazioni da stress.*

*Si è voluto infine proporre un piano di supporto e di assistenza psicologica in situazioni di emergenza.*

*Dopo aver sottoposto la proposta delle linee guida al parere degli esperti in materia, si è deciso di presentare il lavoro in un congresso internazionale organizzato dalla Regione Piemonte e dalla S.I.P.U. per avere un ulteriore momento di approfondimento e di discussione al fine di offrire all'utenza un prodotto criticato e vagliato dal più ampio e qualificato consesso possibile.*

*Occorre infine ricordare che in nessun modo le presenti linee guida vogliono porsi come imposizione, nella consapevolezza che ogni situazione di emergenza implica dei processi decisionali ogni volta diversi, legati alla contingenza, ai mezzi ed alla necessità di operare sulla base di ipotesi prive di immediata verifica.*

*Consci di queste difficoltà abbiamo voluto comunque definirle linee guida, intendendole come traccia non vincolante ma utile e comunque non sostitutiva dell'esperienza personale e dell'autonomia dei soccorritori.*

Gli autori



---

## INTRODUZIONE

*Il percorso intrapreso dalla Protezione Civile della Regione Piemonte, nell'organizzazione del suo sistema, ha riservato all'aspetto formativo un ruolo rilevante e strategico.*

*I progetti editoriali realizzati hanno consentito di approfondire tematiche e problematiche molto spesso complesse ed articolate.*

*Questa complessità si è manifestata nella gestione dei ricorrenti eventi che hanno interessato la nostra Regione negli ultimi anni, stimolando le componenti scientifiche nella ricerca di innovativi indirizzi che, auspichiamo, possano essere sperimentati sul campo con profitto.*

*L'attività preventiva, rivolta alla riduzione della vulnerabilità ambientale, quest'anno, è stata indirizzata verso un comparto disciplinare affascinante: la "psichiatria delle catastrofi".*

*L'interesse nel regolamentare i comportamenti, non solo delle vittime, ma anche dei soccorritori, con tecniche sottese a metodologie d'avanguardia, si è confrontata con il rispetto "dell'essere uomo" ed in particolare con la sua identità psichica e biologica.*

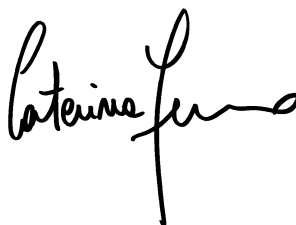
*Aiutare con professionalità, per non sommare condizioni di disagio, rappresenta un ulteriore e sostanziale passo in avanti nelle procedure operative che regolano il sistema di protezione civile.*

*Queste linee guida, che hanno destato interesse prima ancora di essere accreditate di quell'ufficialità che questa pubblicazione intende attribuirle, redatte tenendo conto delle più evolute tendenze "filosofiche" europee ed americane, spero possano implementare le conoscenze professionali di tutti coloro che operano in questo campo.*

*Un ringraziamento sentito al qualificato gruppo di lavoro ed ai suoi coordinatori, per l'impegno profuso che arricchirà certamente il patrimonio culturale e scientifico della Protezione Civile piemontese.*

**Caterina Ferrero**

*Assessore ai Lavori Pubblici, Difesa del Suolo e Protezione Civile*





---

# INDICE GENERALE

## SEZIONE OPERATIVA

### ASPETTI PRELIMINARI ALL'INTERVENTO PSICHIATRICO IN EVENTI CATASTROFICI

Premessa alla lettura delle linee guida .....	
Presupposti all'utilizzo delle linee guida .....	
Contesto in corso di eventi catastrofici .....	
Intervento .....	
Significato e ruolo dell'intervento psicologico psichiatrico .....	
Caratteristiche generali dell'intervento .....	

### 1 LA CATASTROFE

Definizione .....	
Classificazione .....	

### 2 LE VITTIME: L'IMPATTO SULLA PSICHE

Le vittime .....	
Probabilità di reazione emotiva individuale nelle vittime .....	
Probabilità di reazione emotiva collettiva nelle vittime .....	
Impatto emotivo: fattori intervenienti .....	
fattori di vulnerabilità legati alle caratteristiche delle vittime .....	
fattori intervenienti di maggior impatto emotivo legati all'evento .....	
fattori intervenienti di minor impatto emotivo legati all'evento .....	
Premessa all'intervento psicologico psichiatrico .....	
Impatto sulla psiche: risposte emotive e psicologiche al disastro .....	
impatto emotivo: risposta inadeguata transitoria individuale reazione di paura ed ansia .....	
impatto emotivo: risposta inadeguata transitoria collettiva reazione di paura ed ansia .....	
Reazione emotiva e psicologica al disastro .....	
Adeguate, inadeguate, transitorie, inadeguate stabili .....	
Reazioni adeguate: soccorritori e vittime .....	
Reazione inadeguata transitoria individuale .....	
Reazione inadeguata transitoria collettiva .....	
Fattori aggravanti individuali .....	
Fattori aggravanti collettivi .....	
Soggetti coinvolti: reazione inadeguata .....	
Impatto emotivo: risposta inadeguata - disturbi psichiatrici .....	

### 3 I SOCCORRITORI

Vittime/residenti che diventano soccorritori .....	
Misure organizzative e di prevenzione ad eventuali disagi psicologici dei soccorritori .....	
Assistenza ai soccorritori .....	
Tabella operativa .....	

- 
- 4 PRESUPPOSTO ALL'APPLICAZIONE DI UN PIANO DI SUPPORTO: REQUISITI DEL SOCCORRITORE
    - Requisiti funzionali al ruolo e compito di soccorritore . . . . .
    - Requisiti funzionali alla relazione con la vittima e la situazione di soccorso . . .
    - Requisiti complessi per il lavoro in equipe-organizzazione . . . . .
  - 5 PIANO OPERATIVO STRUTTURATO DI SUPPORTO E ASSISTENZA PSICOLOGICA IN SITUAZIONE DI EMERGENZA
    - Come si applica un piano operativo strutturato . . . . .
    - Con quale finalità . . . . .
    - Come comunicare per sostenere: cosa fare . . . . .
    - Come comunicare per sostenere: cosa non fare . . . . .
  - 6 LOGISTICA DELL'EMERGENZA SANITARIA PSICHIATRICA
    - Premessa . . . . .
    - Unità di crisi psichiatrica . . . . .
    - Kit in dotazione . . . . .
    - Operatività extraospedaliera . . . . .
    - Operatività ospedaliera . . . . .
  - 7 IL TRIAGE PSICHIATRICO
    - Definizione di triage psichiatrico . . . . .
    - Caratteristiche protocollo triage . . . . .
    - Dove effettuare il triage . . . . .
    - Operatività . . . . .
    - Scheda di triage psichiatrico . . . . .
  - 8 APPROCCIO FARMACOTERAPICO ALLE VITTIME DI EVENTI CATASTROFICI

## SEZIONE ESPLICATIVA

- ASPETTI PRELIMINARI ALL'INTERVENTO PSICHIATRICO IN EVENTI CATASTROFICI
- Semiologia psichiatrica da adottare nell'ara dell'evento . . . . .
  - Intervento . . . . .
  - Significato e ruolo dell'intervento psicologico - psichiatrico . . . . .
  - Caratteristiche generali dell'intervento . . . . .
- I LA CATASTROFE
    - La catastrofe: il "trauma collettivo" . . . . .
  - II LE VITTIME: L'IMPATTO SULLA PSICHE
    - L'impatto sulla psiche: risposte emotive e psicologiche al disastro . . . . .
    - Risposte emotive e psicologiche al disastro: meccanismi di difesa psicologici . . .
    - Fattori di vulnerabilità legati alle caratteristiche delle vittime breve analisi delle fasce di età a rischio . . . . .
      - Bambini . . . . .
      - Anziani . . . . .

---

Impatto emotivo: risposta inadeguata .....	
Disturbi psichiatrici .....	
Disturbo acuto da stress - (DSM IV TR) .....	
Disturbo post-traumatico da stress - (DSM IV TR) .....	
Disturbi dissociativi, somatoformi, della personalità, comorbidità a disturbi da stress .....	
III IL DISAGIO PSICHICO NEI SOCCORRITORI	
Generalità .....	
Tabelle .....	
IV I MECCANISMI DI DIFESA E IL RUOLO DEL SOCCORRITORE	
Definizione teorica, operatività .....	
Condizioni particolari del soccorritore .....	
V MANUALE PER I FORMATORI: UNA PROPOSTA	
Prospetto di percorso formativo .....	
Obiettivi .....	
Strategie .....	
Metodologia didattica .....	
Tecniche .....	
Contenuti .....	
Linee guida del percorso formativo .....	
VI PIANO OPERATIVO STRUTTURATO DI SUPPORTO E ASSISTENZA PSICOLOGICA IN SITUAZIONE DI EMERGENZA	
Il contributo della croce rossa italiana .....	
VI I TRIAGE PSICHIATRICO	
Premessa .....	
Tesi .....	
Protocollo di triage psichiatrico nell'area dell'evento (cantiere) .....	
Protocollo di triage psichiatrico nelle strutture successive:	
p.m.a.- c.m.e.-d.e.a. dell'ospedale .....	
Protocollo di triage psichiatrico nelle strutture successive:	
p.m.a.-c.m.e.-d.e.a. dell'ospedale .....	
Materiali e psicofarmaci .....	
VIII MATERIALI E PSICOFARMACI	
Indicazioni per una rapid tranquilization (r.t.) .....	
GLOSSARIO	
Semeiologia psichiatrica essenziale .....	
BIBLIOGRAFIA	



---

# **SEZIONE OPERATIVA**



---

# ASPETTI PRELIMINARI ALL'INTERVENTO PSICHIATRICO IN EVENTI CATASTROFICI

## PREMESSA ALLA LETTURA DELLE LINEE GUIDA



È ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE ACCOMPAGNARE LA LETTURA  
DI QUESTE LINEE GUIDA AL VOLUME

“DISASTER MANAGEMENT – GESTIONE DEI SOCCORSI SANITARI  
EXTRA E INTRAOSPEDALIERI IN CASO DI CATASTROFE”  
PROTEZIONE CIVILE – REGIONE PIEMONTE



## PRESUPPOSTI ALL'UTILIZZO DELLE LINEE GUIDA

**Nel caso di catastrofe**, ove limitazioni di tempo, spazio e mezzi,  
determinano situazioni di costante urgenza  
**sono sovvertite anche le modalità dei processi decisionali**



Le linee guida mirano a supportare questi processi anche attraverso  
l'elencazione di situazioni che in condizioni normali appaiono semplici  
ed ovvie e ad  
optare per quelle soluzioni che, forse, in condizioni di normalità  
non sarebbero ottimali



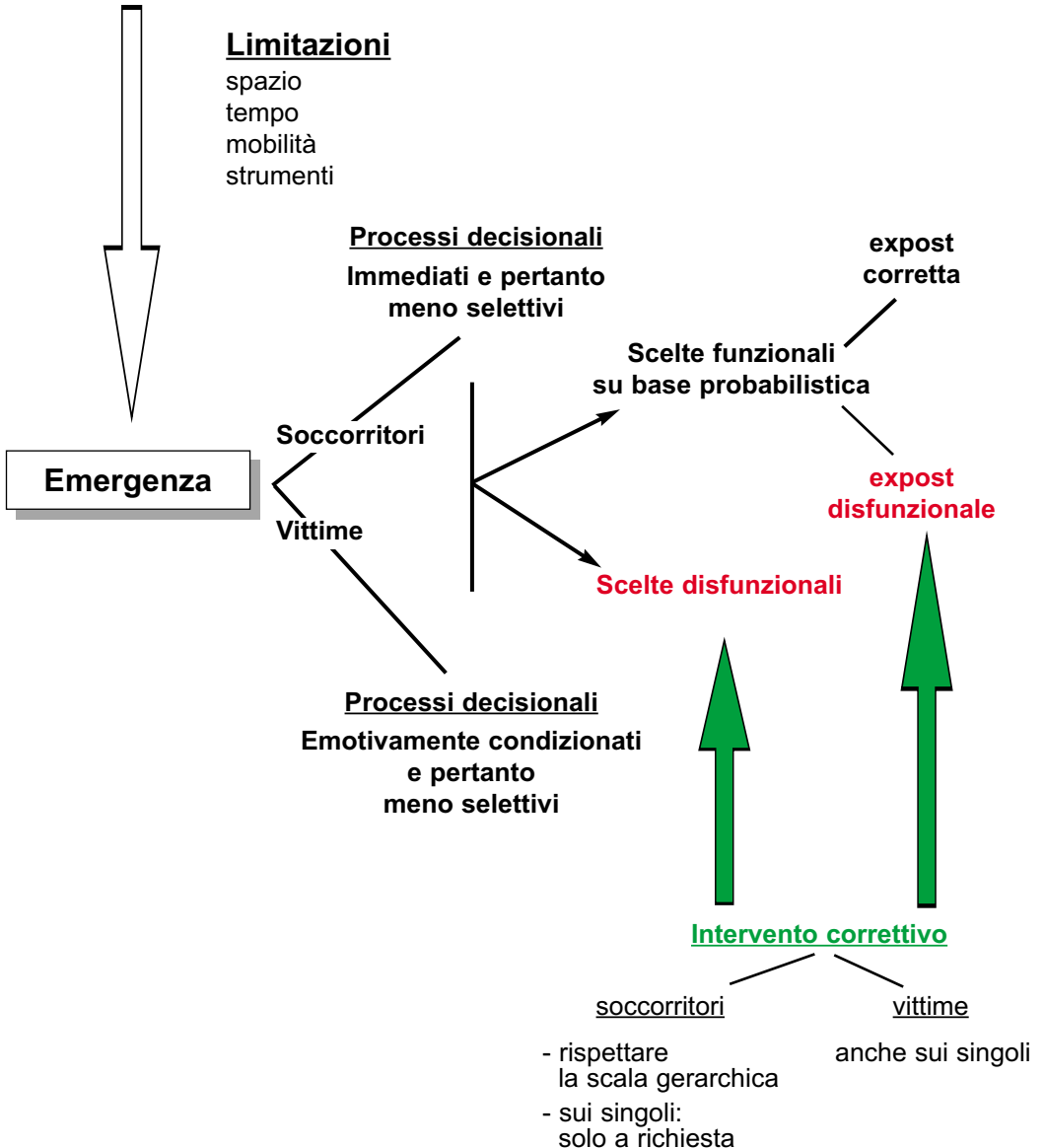
**QUINDI**

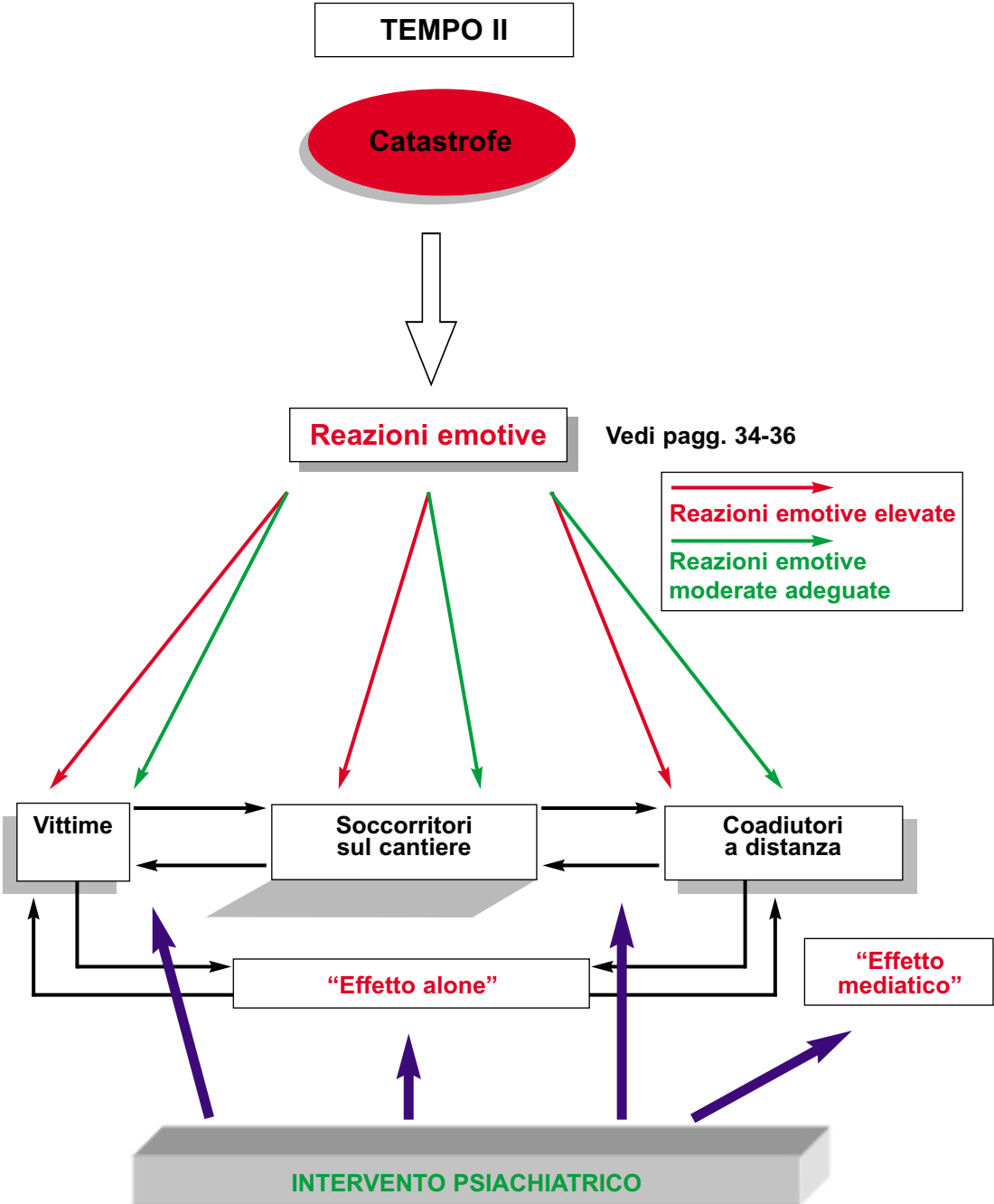
il margine di rischio di errore e di non condivisione  
**DEVE**  
essere trascurato in favore di decisioni che hanno  
maggior probabilità di essere funzionali

## CONTESTO IN CORSO DI EVENTI CATASTROFICI

TEMPO I

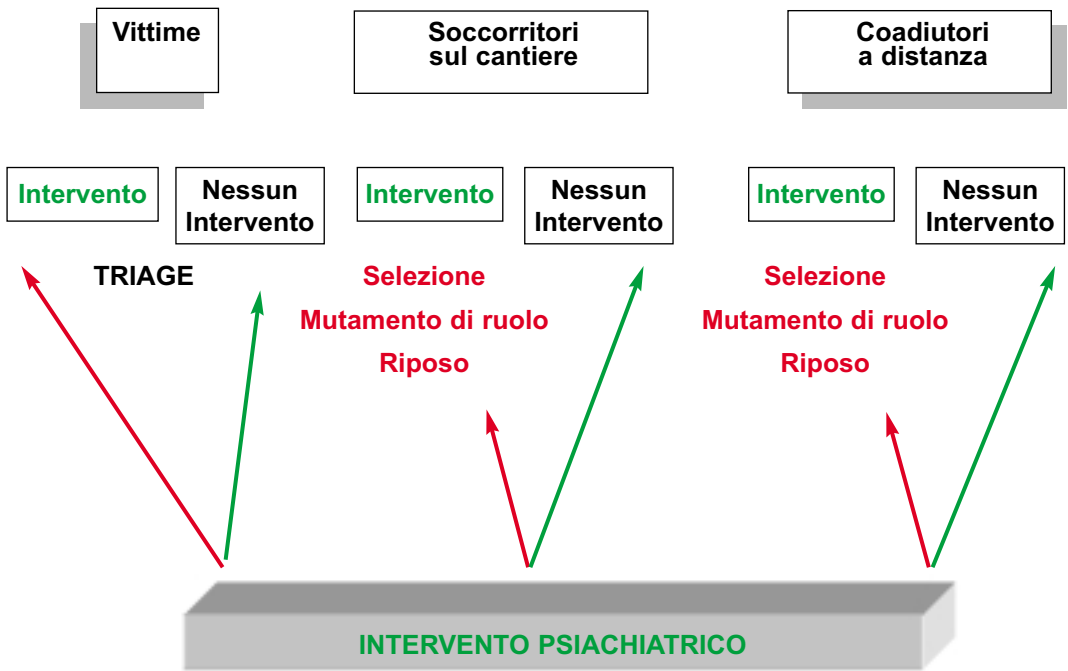
Catastrofe





---

**TEMPO III**



Vedi cap. 7, pag. 68

---

**Le condizioni determinate dalle catastrofi**, che restringono sino ad annullare quanto necessario a fornire soccorsi utili, **coinvolgono emotivamente soccorritori e vittime**. La situazione di emergenza non soltanto riduce le capacità di valutazione e la possibilità di soppesare i pro e contro per agire (schema Tempo I, pag. 16) ma anche introducono delle variabili emotive personali (soggettive legate al proprio sviluppo ed esperienza) (schema Tempo II, pag.17).

**I processi decisionali anche dei soccorritori** sono meno valutati criticamente o sono condotti sulla base di quanto si sentono in grado di poter svolgere nell'immediato il che determina delle scelte talvolta non funzionali e prese in base a semplici valutazioni di probabilità.

Questo rischio è molto maggiore per le **vittime** che per timore fisico e materiale e per la minor conoscenza dei rischi a cui sono sottoposti (mancanza di visione globale della situazione) tendono ad assumere o non assumere delle decisioni legate allo stato emotivo e non a vere opportunità.

In ogni caso l'intervento dell'operatore di salute mentale sui soccorritori dovrebbe essere a richiesta e nel rispetto della scala gerarchica evitando, per quanto possibile, iniziative isolate e sui singoli.

Sulle vittime invece è verosimile che sia utile e non confondente l'intervento sui singoli.

**Il primo oggetto dell'intervento psichiatrico** sono gli aspetti emotivi condizionanti le decisioni (aspetto preventivo utilitaristico più che terapeutico) collaborando alla formulazione di scelte dei soccorritori anche su base probabilistica (scegliere secondo necessità prevalendo su aspetti apparentemente più umanitari), riducendo le scelte disfunzionali su base chiaramente emotiva (dalle scelte eroiche a quelle isolate a scapito di pochi, potenziando quelle che in condizioni di normalità potrebbero apparire eticamente più corrette) (vedi anche schema Tempo III, pag. 18 - Triage).

**Le reazioni emotive** in caso di catastrofe possono essere emotivamente determinate in maggiore o minor misura in tutti gli attori della catastrofe dalle vittime ai soccorritori diretti sino ai coadiutori a distanza.

**Gli effetti** non sono mai isolati ma sempre più interdipendenti e, col passare del tempo, si potenziano a vicenda aumentando un **"effetto alone"** cioè un ampliamento degli aspetti emotivi e delle informazioni errate che a loro volta contribuiscono a far perdere di vista i dati realistici su cui prendere decisioni operative.

Non va trascurato **l'effetto della propagazione di notizie** dai mezzi di comunicazione (diretti- televisione, radio, giornali-indiretti: dichiarazioni autorevoli volte a incidere sulla situazione - tranquillizzare o rassicurare creando ulteriore paure catastrofiche). L'**"effetto mediatico"** confonde le informazioni e la capacità di discriminare quelle realistiche da quelle prive di fondamento.

La conoscenza di questo fenomeno accompagnata da una selezione delle fonti d'informazione e delle notizie fondate (riduzione dell'effetto alone e dell'effetto mediatico) rappresentano un fondamentale intervento psichiatrico nel contesto diretto ed indiretto della catastrofe.

Tempo III (schema pag.18). **L'intervento psichiatrico diretto deve quindi essere rivolto:** alle vittime attraverso una **selezione** di quelle che necessitano un intervento indifferibile. L'intervento deve tener conto sia delle condizioni cliniche dei soggetti per evitare aggra-

---

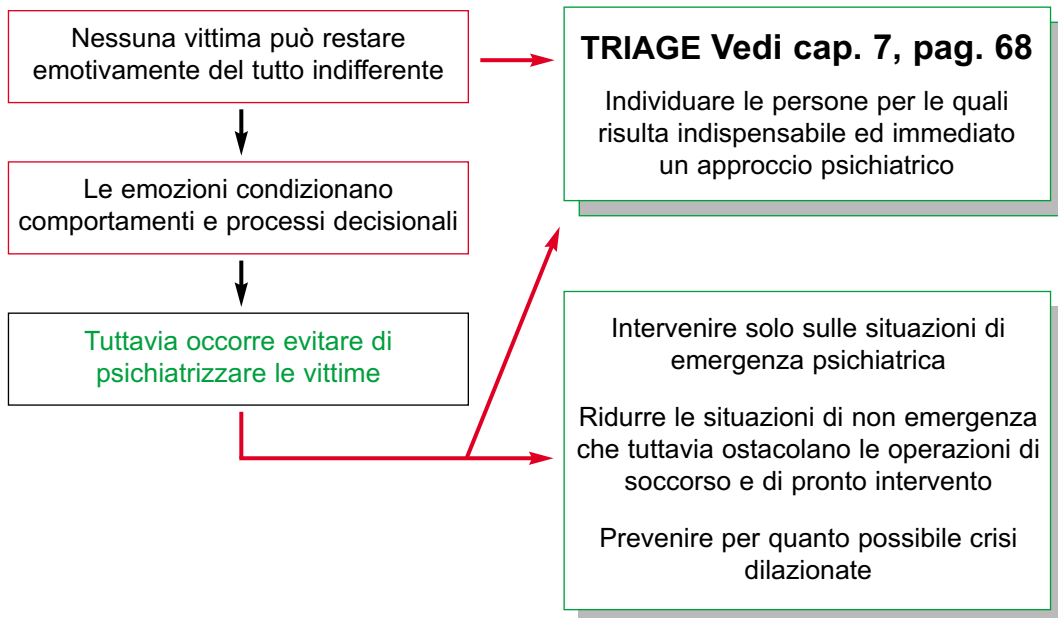
vamenti immediati (crisi psicotica acuta con rischio suicidario) ma anche interferenze gravi sui soccorsi (stato euforico acritico nel cantiere di primo intervento, attacco di panico nello svolgimento dei primi soccorsi...). Questo aspetto di selezione-triage è certamente il più difficile perché comporta un cambiamento di stile professionale radicale (prendere tempo, isolare il soggetto, concentrare gli sforzi per ottenerne una collaborazione senza accelerare i provvedimenti...).

È essenziale, tuttavia che in fase di corsi di formazione venga fornito questo principio senza darlo per scontato (ben noto al rianimatore, ignoto allo psichiatra). La selezione deve includere il rinvio di qualsiasi intervento che potrebbe determinare una concentrazione di risorse a scapito di altri interventi che possano comprendere una maggior popolazione con minor impiego di tempo (crisi depressiva singola rispetto a intervento su gruppo di pazienti di una comunità terapeutica nei pressi dell'evento catastrofico).

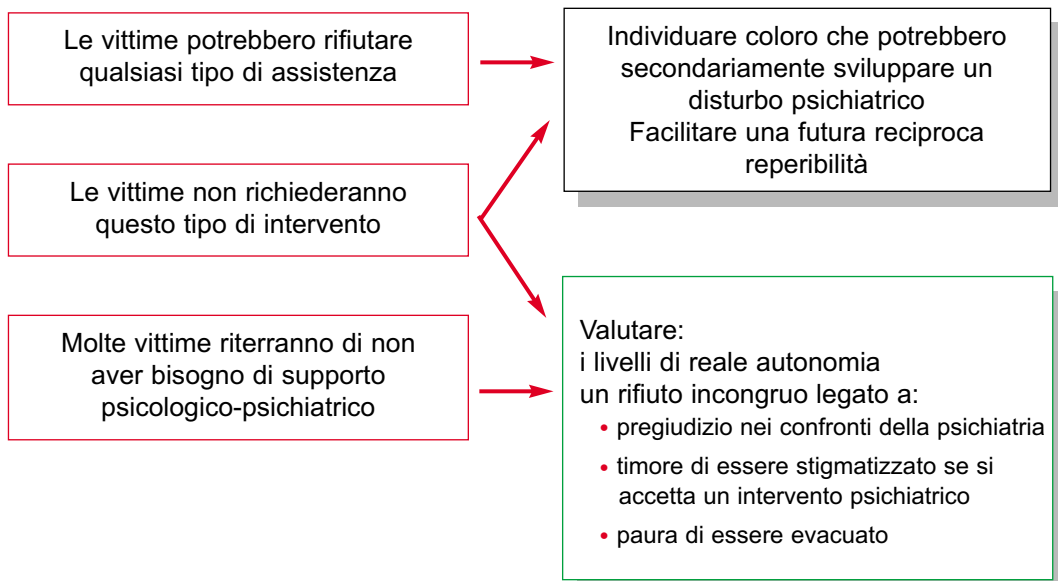
L'intervento (oltre che una ovvia pre-selezione a monte durante i corsi di formazione: vedi cap. 4, pag. 54) deve anche essere rivolto ai soccorritori, sia rilevando una progressiva intolleranza alla situazione catastrofica, sia individuando elementi di futuro scompensamento che possano giustificare un mutamento temporaneo di compito o anche un semplice riposo - allontanamento provvisorio.

Intervento diretto, allontanamento o sostituzione più o meno temporanea debbono anche essere rivolti ai soccorritori a distanza. Tutto ciò necessita di un coordinamento interno con i responsabili del cantiere e delle sale operative periferiche, senza il quale l'intervento dello psichiatra potrebbe scatenare reazioni oppostive per la ben nota stigmatizzazione della figura.

## SIGNIFICATO E RUOLO DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO PSICHIATRICO OPERATIVITÀ



### ASPETTI PROBLEMATICI: RIFIUTO/DINIEGO



---

## ASPETTI PROBLEMATICI: RIFIUTO/DINIEGO

Le vittime potrebbero sviluppare rabbia ed angoscia di abbandono verso i soccorritori



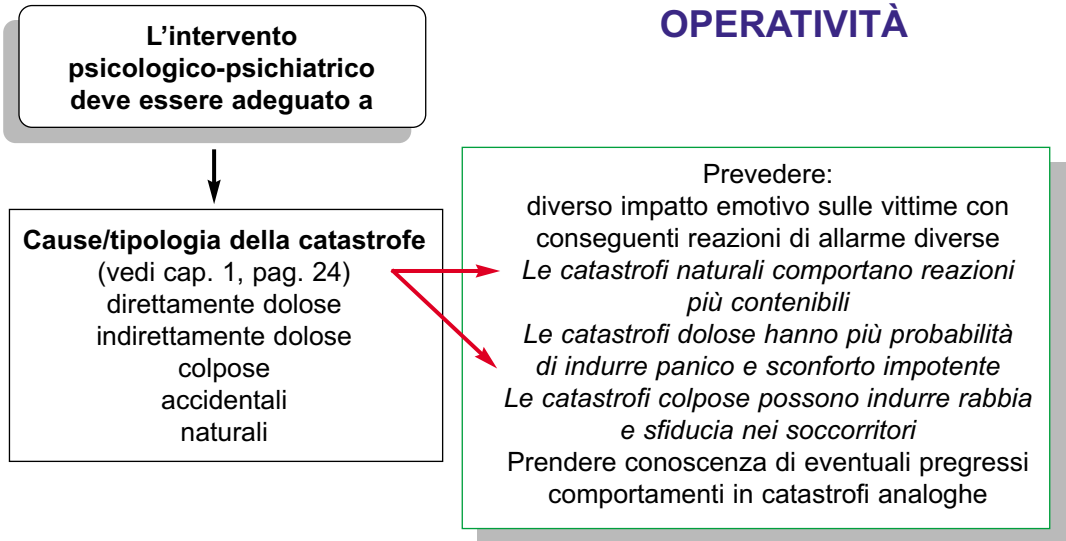
Coadiuvar e sostenere i soccorritori oggetto di rifiuto

Individuare aspetti realistici di tali sentimenti e la capacità di elaborazione e di valutazione da parte delle vittime della situazione

Accertare la eventuale pregressa esperienza dell'essere stato già vittima

Individuare la giusta distanza fisica dalle vittime in preda a rabbia e/o angoscia (tra 1 e 2 m di distanza) senza mostrare paura ma non accettare rischio di lesioni fisiche dolose

## CARATTERISTICHE GENERALI DELL'INTERVENTO

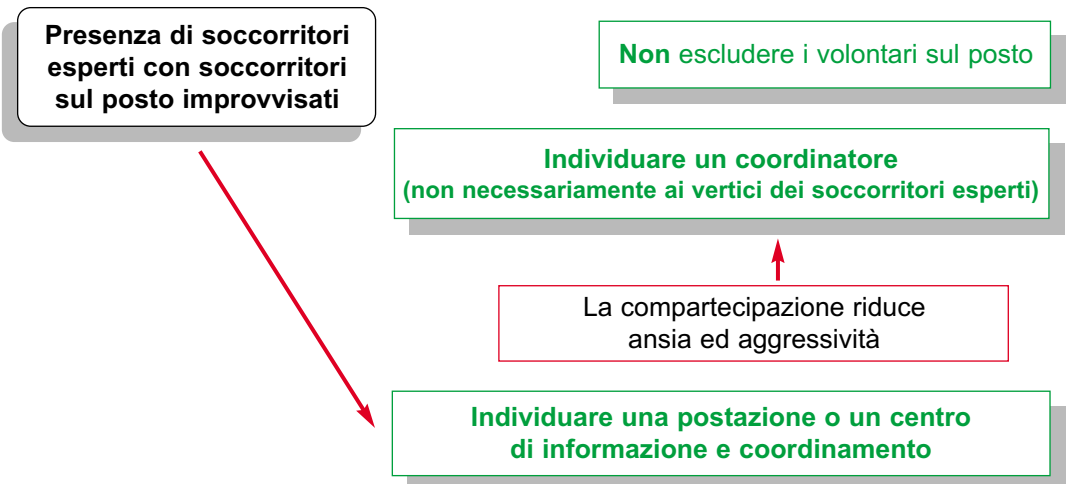


**Le catastrofi dolose** inducono reazioni di forte panico e di allarme sia per il loro carattere di imprevedibilità sia per l'impossibilità di prevederne gli sviluppi.

**Quelle naturali**, nell'ambito delle varie diversità comportano reazioni più moderate, con decisioni più consone. Tuttavia queste contengono una forte variabile data dalla pregressa e nota assenza d'interventi contenitivi e riduttivi (mancanza di opere pubbliche di risanamento, bonifica, contenzione...).

**L'evento, se previsto**, in quanto derivato dall'incuria delle autorità determina spesso rabbia impotente che si riverbera anche in una sfiducia nei soccorritori quando non in una decisa ostilità e mancanza di valutazione realistica.

Spesso l'inevitabile "ritardo" nei soccorsi dovuto a cause materiali o atmosferiche viene considerato colposo proprio perché sommato alle cause d'incuria pregresse. È indispensabile essere edotti di questa reazione e adattare i propri comportamenti a tale dato di realtà.



## OPERATIVITÀ

L'intervento  
psicologico-psichiatrico  
deve essere adeguato a:

### Fase della catastrofe

iniziale  
in corso  
tardiva

### Prevedere:

stati di panico e di dipendenza  
atteggiamenti ansiosi-collaborativi  
atteggiamenti aggressivi-rivendicativi,  
di rifiuto, stati depressivi

### Probabilità di reiterazione

Es.: terremoti e scosse  
di assestamento,  
onde di piena,  
epidemie...

Se in zona a reiterata  
catastrofe

Inducono reazioni di allarme che si  
sommano sino ad esplosioni critiche:

**rendere nota la possibilità di reiterazione  
essere di appoggio, comprendere il livello di  
pregressa esperienza: utilizzarla, completarla,  
prevedere rabbia e delusione**

### Possibilità reali e tempi per fornire soccorso

In particolare se si  
prevedono ritardi  
e difficoltà d'intervento

### Optare per una linea informativa comune e condivisa:

l'Incertezza ingenera panico o apatia  
inefficiente e sfiducia  
**Evitare rassicurazioni infondate**

---

Vanno differenziate **le fasi** tenendo presente che alcune catastrofi non si limitano ad una fase iniziale e finale ma, per le possibilità di reiterazione, di onde di assestamento o di piena, di smottamenti secondari, di mutamento della direzione del vento e quindi degli incendi, di concatenazione di eventi terroristici, possono reiterare più volte la stessa fase. A queste vanno aggiunti **fattori di panico** collegati alle informazioni distorte o amplificate (anche nelle situazioni di emergenza alcuni non rinunciano al bisogno di essere protagonisti e persone “meglio informate”).

Tendenzialmente è bene differenziare ciò che trovano i **soccorritori** esperti e professionisti giunti sul posto e quelli improvvisati, anche se dotati di esperienza. Questi ultimi potranno voler collaborare in maniera iper efficace con i soccorritori esperti e subentrare con atteggiamenti ostili qualora si dovessero sentire esclusi “io sono persona del posto”. Diventa essenziale un buon coordinamento con la scelta di un responsabile di riferimento che a sua volta sappia valutare i livelli di possibile collaborazione, in particolare nelle zone a catastrofe reiterata. La compartecipazione attiva riduce spesso i livelli di ansia dei diretti partecipanti, che a loro volta, possono efficacemente rassicurare altre vittime, riducendo eventuali atteggiamenti aggressivi e rivendicativi.

L'assunzione di responsabilità il più univoca possibile deve inoltre accompagnarsi ad una scelta univoca delle **fonti d'informazione** e del “portavoce”, che a sua volta deve dosare con cautela le rassicurazioni che potrebbero essere poco fondate ed avere effetti negativi molto superiori all'iniziale ed effimera tranquillizzazione, con l'effetto di vanificare successivi interventi consoni.



---

# 1 LA CATASTROFE

## DEFINIZIONE

Un evento catastrofico è caratterizzato da abnorme  
ampiezza  
estemporaneità  
imprevedibilità  
danno per la collettività che la subisce



Inadeguatezza temporanea fra

bisogni delle persone coinvolte



risorse immediatamente disponibili



Nella vittima la valutazione soggettiva di questa relazione può essere  
emotivamente alterata, distorta o condizionata



Tuttavia

occorre sapere che le catastrofi possono colpire materialmente in maniera  
profondamente diversa anche soggetti e oggetti contigui



Quindi

è bene non affidarsi a criteri di valutazione predeterminati ed univoci e la  
valutazione deve essere condotta sul posto

<b>TIPOLOGIA DI CATASTROFE</b>		<b>ESEMPI/CARATTERISTICHE</b>
<b>Non provocata dall'uomo</b>	Naturale	<i>Es.: alluvioni, eventi sismici, maremoti, colate laviche, valanghe, (frane, incendi boschivi)</i>
<b>Provocata dall'uomo</b>	Naturale	<i>Es.: incendi boschivi, esondazioni, rottura di dighe</i>
	Tecnologica	Correlata all'evoluzione del livello tecnologico <i>Es.: incidenti stradali, ferroviari, aerei su abitati emissione nell'ambiente di sostanze tossiche, esplosioni di sorgenti o fabbricati infiammabili</i>
	Dolosa	Invisibilità, imprevedibilità <i>Es.: atti terroristici, esplosioni per tentato suicidio, suicidi allargati o plateali</i>
	Di massa	In seguito a qualunque attività ideologica violenta <i>di guerra, anche civile di sommossa sequestri di massa</i> Raduni che possono degenerare <i>cortei, raduni di piazza tifosi in eventi sportivi</i> Imperizia <i>esplosioni di fabbriche incendiabili clandestine</i>
<b>Mista</b>		Catastrofi naturali aggravate da incuria o imperizia <i>Es.: esondazioni di invasi per frane, crolli di edifici</i>  <i>considerati sicuri</i>
<b>Eventi non catastrofici con reazioni simili catastrofiche</b>		<i>Es.: interruzioni prolungate di corrente in metropolitana; minacce di ecoterrorismo</i>

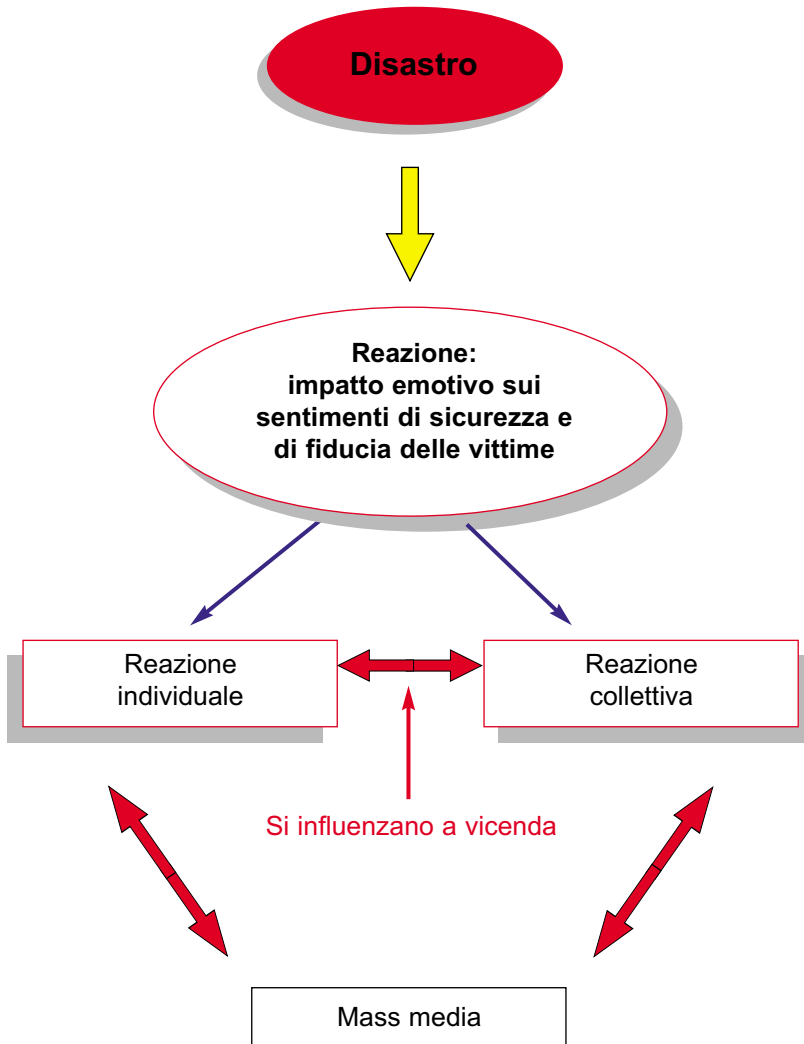
Per quanto riguarda l'impatto psichico la **tipologia della catastrofe** deve essere correlata in senso inversamente proporzionale al suo livello di prevedibilità, (MAGGIOR IMPATTO-MINOR PREVEDIBILITÀ) sia per quanto riguarda effetti immediati sia a medio-lungo termine; un'eruzione per quanto catastrofica di un vulcano attivo ha un effetto immediato e di massa minore di un attacco terroristico contro edifici in città considerate sino ad allora immuni.

L'imprevedibilità o l'attesa di evento catastrofico va correlato altresì in senso negativo al livello di mancata prevenzione e d'incuria delle Istituzioni preposte.

---

## 2 LE VITTIME: L'IMPATTO SULLA PSICHE

### LE VITTIME



## PROBABILITÀ DI REAZIONE EMOTIVA INDIVIDUALE NELLE VITTIME

### Vittime

non sono solo le persone direttamente coinvolte dall'evento catastrofico, ma possono anche essere gli scampati, i sopravvissuti, i soccorritori sul luogo e a distanza, i familiari e conoscenti e, persino, gli spettatori lontani che possono avere notizia dell'avvenuto disastro

### Reazione emotiva individuale

+



-

**Maggior  
probabilità**



Direttamente coinvolti  
e lesi fisicamente  
Direttamente coinvolti  
e lesi emotivamente  
Soccorritori in situ  
Soccorritori a distanza

**Minor  
probabilità**



Sopravvissuti illesi  
Sopravvissuti a ridotto  
danno patrimoniale  
Familiari e conoscenti  
a distanza

**Indifferente**



Direttamente coinvolti  
e lesi materialmente

-



+

### SENSI DI COLPA E CADUTA DELL'AUTOSTIMA

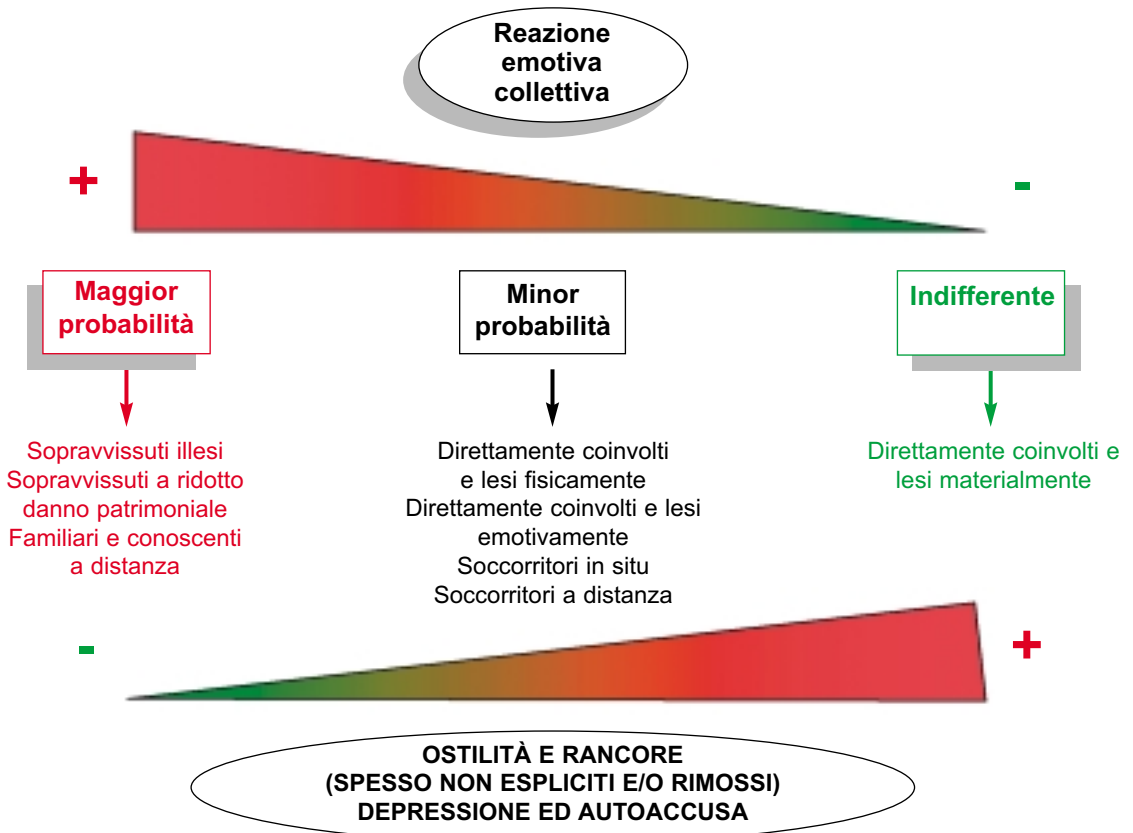
La reazione individuale è spesso correlata a quella collettiva e s'influenzano reciprocamente. Per quanto sia probabile che determinate situazioni abbiano maggior influenza di altre è indispensabile tener conto nelle computo delle probabilità che possono intervenire problematiche legate all'**autostima** e ai **sensi d'impotenza**, **per quanto agiscano di solito più tardivamente.**

"Non sono riuscito ad essere utile" e "perché io mi sono salvato mentre altri -spesso bimbi- sono rimasti vittime..."

agisce fortemente sul senso di autostima con ricerca di espiazione o di essere utile, talvolta in maniera incongrua e disordinata.

## PROBABILITÀ DI REAZIONE EMOTIVA COLLETTIVA NELLE VITTIME

**Le reazioni emotive del singolo individuo** hanno maggiore probabilità di svilupparsi quando si tratta di soggetti coinvolti direttamente a livello fisico (es.: *trauma*), emotivo (es.: *lutto*), materiale (es.: *perdita patrimoniale, di oggetti con valenza affettiva*)



**Per quanto riguarda sopravvissuti, familiari e conoscenti di vittime** solitamente si assiste a reazioni potenziate da fenomeni di "contagio" collettivo e di "effetto alone" per il fatto di appartenere ad un gruppo allargato

Tra le reazioni collettive, spesso più tardive vanno considerate quelle di ostilità e rancore che, in quanto non accettabili o esplicitabili, possono agire in maniera mascherata verso gli altri con aggressioni e rivendicazioni apparentemente incoerenti o inconscia verso se stessi con depressione e autoaccusa. Il rapporto è spesso inverso al livello di gravità del coinvolgimento.

## IMPATTO EMOTIVO: FATTORI INTERVENIENTI

**La presenza singola o contemporanea di fattori di maggior fragilità o di vulnerabilità legati a caratteristiche delle vittime, ancorché legate all'evento e alla storia personale potenziano l'impatto emotivo**

### FATTORI DI VULNERABILITÀ LEGATI ALLE CARATTERISTICHE DELLE VITTIME

espongono a **rischio** maggiore di sviluppare una reazione immediata e successivamente patologica all'evento catastrofico

**Privilegiare un primo contatto individuando vittime con fattori di vulnerabilità**

ETÀ	OPERATIVITÀ
bambini	provvedere alla vicinanza costante di un familiare; se non presente raggrupparli e mantenere un contatto con adulti
preadolescenti ed adolescenti	informarli su modalità e tipologia dei soccorsi
anziani	verificare il livello di autonomia assicurare loro sostegno materiale (es.: coperte, vestiti) raggrupparli
SALUTE	OPERATIVITÀ
infermi psichiatrici	anamnesi psichiatrica positiva influenza l'esito soprattutto nei disastri più lievi
infermi somatici	assistere sino al triage medico
portatori di handicap	verificare il livello di autonomia
CONDIZIONI PARTICOLARI	OPERATIVITÀ
donne gravide	assistere sino al triage medico
donne con bambini	verificare il livello di protezione familiare; se non presente raggrupparle con i bambini

---

STORIA PREGRESSA	OPERATIVITÀ
pregressa esposizione ad evento catastrofico	comprendere il livello di pregressa esperienza: utilizzarla attivamente, completarla, prevedere rabbia e delusione
pregressa esperienze di stress o dell'essere stato una vittima: <i>fattore molto influente</i>	

## FATTORI INTERVENIENTI DI MAGGIOR IMPATTO EMOTIVO LEGATI ALL'EVENTO

Il maggiore od il minore impatto emotivo dei fattori sottoelencati  
è stabilito su criteri probabilistici

Il maggiore o minore impatto, tuttavia, è anche legato alla consapevolezza  
dei singoli e alla coscienza di colposità dell'evento nonché all'eventuale incuria  
dei responsabili della tutela della popolazione

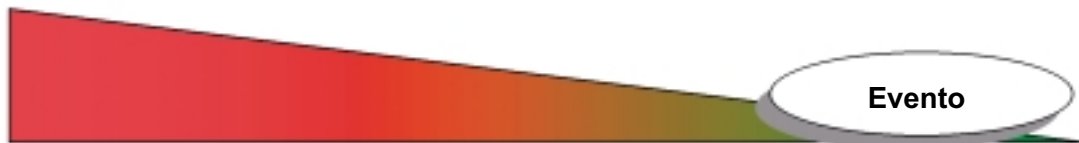


Evento

### IMPATTO EMOTIVO

TIPOLOGIA	OPERATIVITÀ
<p>Disastro doloso Disastro dovuto ad incuria umana</p>	<p>Consentire lo sfogo ed evidenziare a livello pratico l'efficienza dell'organizzazione dei soccorsi per evitare l'“effetto alone” rispetto ai soccorritori i quali, in quanto rappresentanti di una organizzazione pubblica, potrebbero essere giudicati inefficienti come quella che doveva evitare il disastro</p>
NATURA ED EFFETTI DELL'EVENTO	OPERATIVITÀ
<p>Isola le comunicazioni</p>	<p>Stabilire al più presto un contatto materiale o anche solo telefonico/radiofonico per informare le vittime che si è a conoscenza di quanto sta avvenendo e che si sta provvedendo in merito</p>
<p>Minaccia l'integrità fisica</p>	<p>Indipendentemente dal triage psichiatrico, accertare ad ogni passaggio le condizioni fisiche Informare i tempi REALI di possibile tutela, anche accorciandoli solo qualora fosse evidente che i soggetti non cercano una risposta reale ma solo rassicurante</p>
<p>Innaturale per la zona</p>	<p>Evidenziare immediatamente che si ha esperienza (SE È VERO) di quel tipo di disastro Se non la si possiede, non millantarla: la delusione per l'incompetenza è fattore aggravante</p>

<b>DIMENSIONE SOCIALE E GEOGRAFICA DELL'EVENTO</b>	<b>OPERATIVITÀ</b>
<p>Zone con settori ad alta concentrazione di popolazione</p>	<p>Porre molta attenzione ai fenomeni di suggestione collettiva, isolando le persone ad alta emotività espressa Esprimersi in modo calmo e sicuro</p>
<p>Eventi che possono concatenarsi: <i>Es.: terremoto + eruzione + cenere/catastrofe (effetto Pompei)</i> <i>onde di assestamento</i> <i>esondazione e rischio di rottura di dighe</i></p>	<p>Monitorare il fenomeno e trasmettere le informazioni in modo calmo e sicuro</p>
<b>DURATA DELL'EVENTO</b>	<b>OPERATIVITÀ</b>
<p>Maggiore del prevedibile <i>Es.. Esondazioni con precipitazioni continue</i></p> <p><i>Fenomeni di terrorismo subentranti</i></p>	<p>Monitorare il fenomeno e trasmettere le informazioni in modo calmo e sicuro</p> <p>Fare riferimento a presenze o possibili interventi delle forze di sicurezza o forze armate (effetto protettivo dell'uniforme)</p>



## IMPATTO EMOTIVO

FATTORI INTERVENIENTI DI MINOR IMPATTO EMOTIVO LEGATI ALL'EVENTO	
TIPOLOGIA	OPERATIVITÀ
Disastro naturale Disastro in zona naturalmente predisposta	Stabilire al più presto un contatto materiale o anche solo telefonico/radiotelevisivo per informare le vittime che si è a conoscenza di quanto avvenuto
NATURA ED EFFETTI DELL'EVENTO	OPERATIVITÀ
Consente scambi di informazioni e di soccorso	Provvedere che le informazioni siano tempestive ed aggiornate
Minaccia beni materiali	Selezionare e mettere al riparo ciò che per il soggetto può essere importante
Se abituale per la zona (spesso la attenuazione dell'impatto è ridotta se c'è stata incuria reiterata)	Utilizzare l'esperienza della popolazione
DIMENSIONE SOCIALE E GEOGRAFICA DELL'EVENTO	OPERATIVITÀ
Maggior dispersione ambientale della popolazione	Individuare ed indicare chiaramente dei punti di raccolta
Evento isolato	Sottolineare a più riprese che si tratta di evento isolato
DURATA DELL'EVENTO	OPERATIVITÀ
Minore <i>Es.: incendio in calma di vento</i>	Evidenziare comunque la costante monitoraggio

---

## PREMESSA ALL'INTERVENTO PSICOLOGICO PSICHIATRICO IMPATTO SULLA PSICHE: RISPOSTE EMOTIVE E PSICOLOGICHE AL DISASTRO



Considerare che **molte reazioni nei sopravvissuti dipendono**

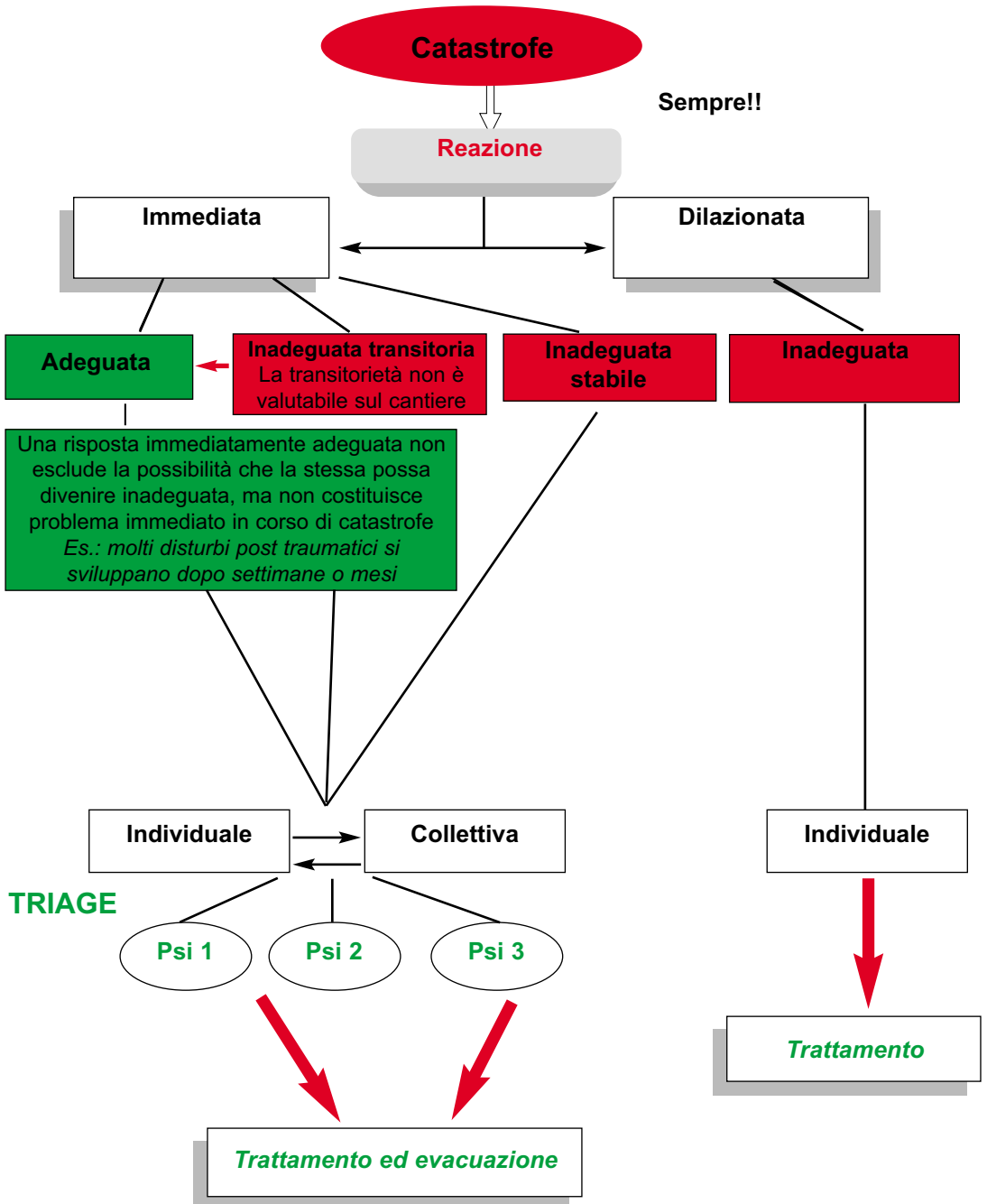
da concrete difficoltà di sopravvivenza secondarie all'evento catastrofico:

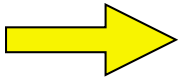
↓  
occorre una valutazione di realtà e provvedere  
ad assicurare le necessità materiali

dal fatto di essere vittima in prima persona e soccorritore

↓  
valutare la capacità di autonomia emotivo/decisionale  
e, in carenza, supportarle fattualmente

## IMPATTO SULLA PSICHE: RISPOSTE EMOTIVE E PSICOLOGICHE AL DISASTRO





**È importante ricordare che il disagio psichico non è sinonimo di malattia, ma può contenerne i germi, soprattutto se non viene riconosciuto ed anche accettato in una certa dimensione dalla collettività**

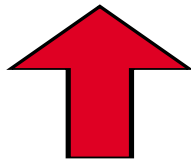
**La reazione emotiva varia dalla normalità alla franca patologia con tutte le condizioni intermedie**



**Si è rilevato che la maggioranza delle persone sviluppa alla catastrofe reazioni adeguate adattative o inadeguate temporaneamente, con sintomi leggeri e transitori**

- preoccupazione immotivata per la sopravvivenza propria e dei propri cari
- timore ed ansia immotivati per la sicurezza propria e dei propri cari
- senso di vuoto per paura di perdita di persone amate
- senso di vuoto per paura di perdita beni di valore economico o affettivo
- preoccupazione immotivata relativa alle condizioni di vita successive all'evento: paura di ammalarsi in seguito

- preoccupazione motivata per la sopravvivenza propria e dei propri cari
- timore ed ansia motivati per la sicurezza propria e dei propri cari
- senso di vuoto per la perdita di persone amate
- senso di vuoto per la perdita beni di valore economico o affettivo
- preoccupazione relativa alle condizioni di vita successive all'evento:  
*es.: dover vivere isolati o in sistemazioni provvisorie molto affollate*
- paura di ammalarsi in seguito



**È indispensabile un'immediata valutazione del livello di realtà su questi punti che in un primo momento è utile per distinguere tali condizioni tra normali o patologiche.**

**Se possibile sorvegliare o consigliare di sorvegliare la persistenza di queste sensazioni oltre un certo tempo, e soprattutto la comparsa a distanza (settimane, mesi), segnale di subentrata patologia.**

## REAZIONI EMOTIVE E PSICOLOGICHE AL DISASTRO: ADEGUATE, INADEGUATE TRANSITORIE, INADEGUATE STABILI

**ADEGUATE**

**Adattativo - fisiologiche**



### **ASPETTO EMOTIVO**

Finalizzato ad affrontare il rischio  
Con funzione di auto  
ed eteroconservazione



Il soggetto mette al servizio  
delle sue ed altrui decisioni il  
proprio stato d'animo

### **RISULTATO COMPORTAMENTALE**

Finalizzato ad affrontare il rischio  
con funzione di auto  
ed eteroconservazione



Il soggetto partecipa alle decisioni  
ed azioni comuni osservando ed  
adeguandosi alle azioni corrette  
e coordinate altrui.  
Corregge o supplisce quelle  
scoordinate altrui



Reclutare queste persone  
tra i soccorritori:  
sono utili anche come esempio

## INADEGUATE TRANSITORIE

Preparatorie ad una fuga "purché sia"  
o a chiusura protettiva

**SI CONSIDERA REAZIONE TRANSITORIA**  
QUELLA CHE PUO' RIDURSI O  
TRASFORMARSI IN ADEGUATA NEL  
PERIODO VALIDO AD ATTUARE DECISIONI  
UTILI



Il soggetto è in balia di sentimenti  
intensi di paura ed ansia

### ASPETTO EMOTIVO

Finalizzato a sedare e/o allontanare la  
paura ed ansia non le loro cause



Il soggetto mette in primo piano con se  
stesso e con gli altri i propri timori e la  
paura del "subito dopo"

### RISULTATO COMPORTAMENTALE

Reazioni incongrue rispetto alle soluzioni  
immediate possibili



Il soggetto si discosta senza  
giustificare dalle decisioni - azioni -  
comportamenti dei soccorritori e non  
motiva con esperienza o logica  
atteggiamenti di fuga o di diversa  
mobilitazione



Spesso sono sufficienti atteggiamenti  
calmi, di comando  
e di conduzione autorevole



Non necessariamente adeguarsi ad atteggiamenti gregari o di gruppo  
rappresenta una scelta incongrua né dissociarsi è sinonimo  
di inadeguatezza

*(ad esempio: chi non sale sul tetto di un grattacielo malgrado  
un elicottero sia ancora in volo o chi durante un incendio  
non corra verso la prima uscita se la vede affollata)*

In questi casi è importante rilevare la logica  
e coerenza del comportamento

*(ad esempio: gli elicotteri non possono atterrare sul tetto  
per il fumo...le porte normali si intasano a differenza di quelle  
di sicurezza...)*

## INADEGUATE STABILI

Volte solo ad una fuga irrazionale e/o solo ad una emotiva manifestazione

**SI CONSIDERA REAZIONE STABILE**  
QUELLA CHE NON SI RIDUCE O  
TRASFORMA ENTRO IL PERIODO  
DECISIONALE UTILE E PUO' PROSEGUIRE  
OLTRE EVENTUALITÀ IRREVERSIBILI



Il soggetto è in balia di sentimenti  
incoercibili di paura ed ansia

### ASPETTO EMOTIVO

Finalizzato a trasformare in azione  
paura ed ansia



Il soggetto agisce solo per paura  
ed ansia ed i comportamenti sono  
dettati dagli stati d'animo

### RISULTATO COMPORTAMENTALE

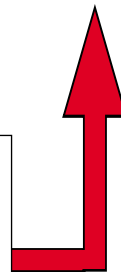
Comportamenti dannosi per se stessi  
e per l'organizzazione dei soccorsi



Prevalgono atteggiamenti e  
comportamenti di manifestazioni  
di paura ed ansia e di ricerca  
di attenzioni.  
I comportamenti sono infantili  
ed irriducibili



Isolarli e assisterli  
Allontanarli da zone di triage  
Utilizzare farmaci, sedativi minori  
(in un primo tempo)  
Non sottovalutare gli aspetti  
psico-contagiosi



---

## REAZIONI ADEGUATE: SOCCORRITORI E VITTIME

### ***Risposte o eventi “sentinella” a rischio se persistenti:***

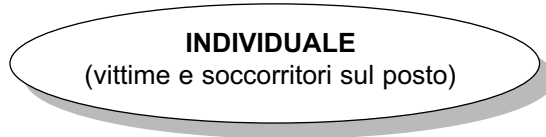
- i sentimenti diventano intensi e talora imprevedibili
- le relazioni interpersonali spesso diventano tese
- sintomi fisici possono accompagnarsi al senso di spossatezza e di inutilità
- sui processi di pensiero attuali e sugli schemi di comportamento utili prevalgono i ricordi dell'evento ed i timori degli effetti del trauma nel futuro.

I soccorritori per quanto esperti ed opportunamente allenati sono particolarmente esposti, superati i momenti iniziali di attività d'emergenza, a stress e contraccolpi emotivi. Questi sono inoltre accentuati a breve termine da eventuali sentimenti di impotenza e più a lungo termine da spossatezza e timore di inutilità. Tali condizioni sono sovrapponibili nelle vittime che partecipano al soccorso che possono avere ruoli attivi, complicate dall'essere parte diretta in causa a rischio o già lese negli affetti, nella persona, nella proprietà. Tali condizioni meritano sorveglianza e monitoraggio dell'evoluzione.

**Spesso una partecipazione attiva e coordinata  
delle vittime  
residenti in luoghi di catastrofi orografiche  
si dimostra utile  
anche per il loro equilibrio emotivo/decisionale**

# REAZIONE INADEGUATA TRANSITORIA INDIVIDUALE

Può richiedere un'attenzione psichiatrica,  
pur non essendo sul momento francamente patologica



Anche più persone, ma non collettivamente

## A. FASE DI STORDIMENTO E CONFUSIONE

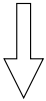
- Riduzione delle capacità logiche e di previsione
- Azioni impulsive
- Fuga irrazionale
- Scoordinamento
- Inefficienza stuporosa



*se si mantiene\**



- Rifiuto di evacuazione

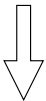


## B. FASE ALTRUISTICA

- Voler fare di più
- Abbandonare o accumulare con altri compiti ciò che si sta facendo
- Voler permanere sul posto malgrado non necessario



*se si mantiene\**



Iperaffaccendamento

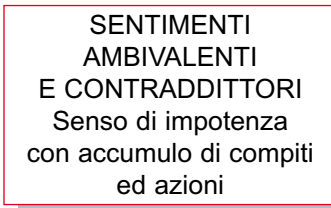


*se si mantiene\**

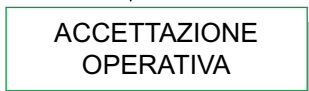
## C. FASE IPERATTIVA



*se si mantiene\**



## D. FASE DI NORMALIZZAZIONE

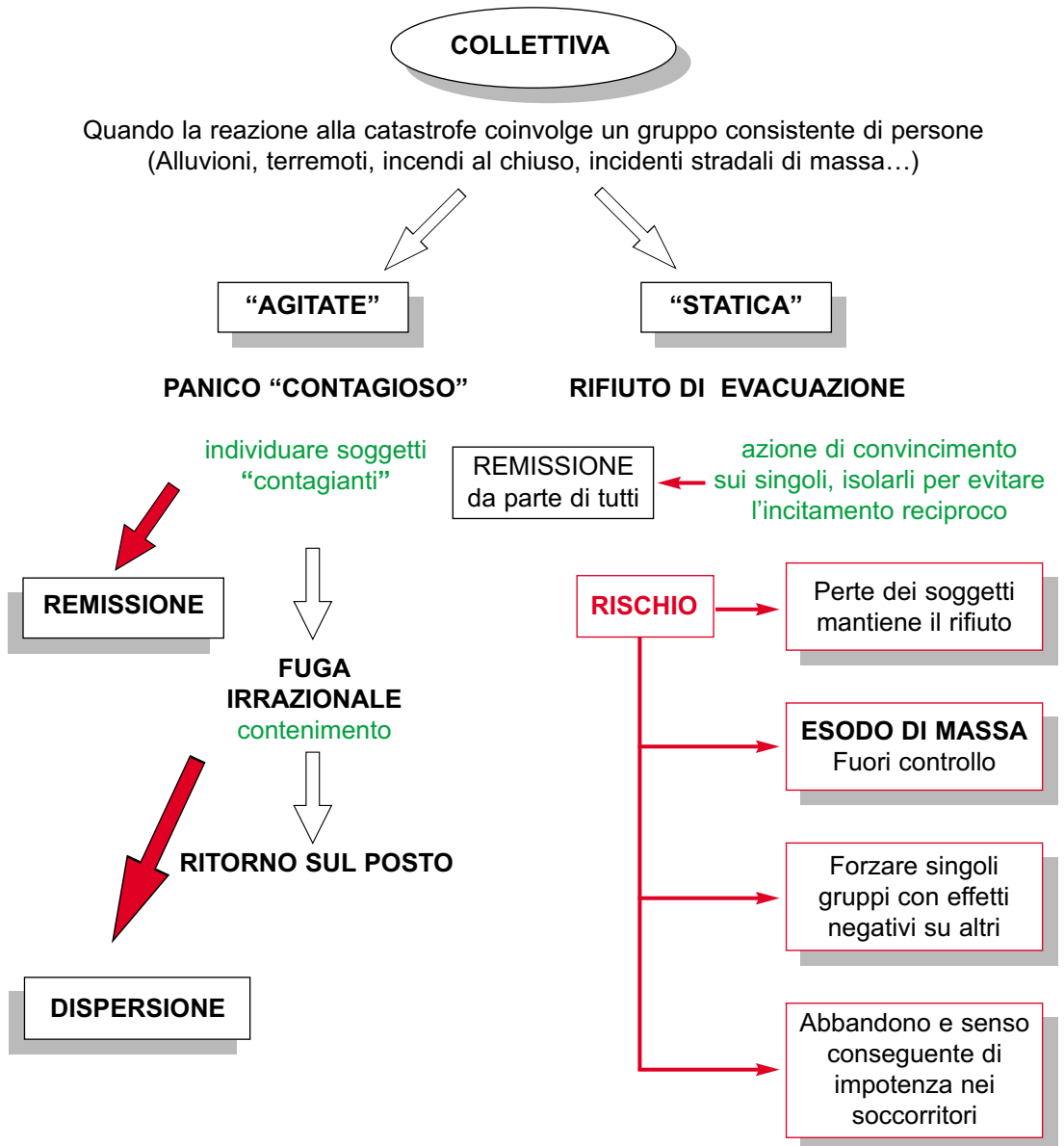


**\*Il periodo di mantenimento eccessivo**  
è da rapportarsi sempre alla tempistica coerente  
con gli spazi temporali degli eventi e dei soccorsi:

*ad esempio un terremoto ed un'eruzione lavica  
consentono tempi rispettivamente più brevi e più  
lungi per cui un iperaffaccendamento in caso di  
eruzione è più a rischio di quello in caso di terremoto*

## REAZIONE INADEGUATA TRANSITORIA COLLETTIVA

Può richiedere un'attenzione psichiatrica,  
pur non essendo sul momento francamente patologica



**Nelle reazioni collettive**, per lo più bisogna distinguere quelle situazioni critiche individuali che tendono a contagiare altre vittime o fungono da detonatore per situazioni collettive. Queste reazioni individuali vanno, nel rispetto del singolo, isolate e separate del gruppo.

### **I FATTORI AGGRAVANTI**

hanno influenza sia a livello individuale che collettivo.  
Alcuni fattori sono, in linea generale, di maggior impatto sulle vittime singole, altri sulla collettività

<b>FATTORI AGGRAVANTI INDIVIDUALI</b>	<b>OPERATIVITÀ</b>
Isolamento prolungato	Offrire rapporti di gruppo restitutivi
Mancanza d'informazioni	Farli partecipare ad aspetti decisionali
Coabitazione con morti e/o feriti	Evitare a soccorso avvenuto che si isoli
Lentezza dei soccorsi	Fornire comunicazioni in tempo reale
Lesioni fisiche	Provvedere all'assistenza medica e psicologica
Situazione logistica precaria	Ovviare con alternative più sicure

<b>FATTORI AGGRAVANTI COLLETTIVI</b>	<b>OPERATIVITÀ</b>
Manca un luogo una persona di riferimento	Stabilirlo e renderlo il più visibile possibile
Ansia elevata precedente l'evento	Individuarne le cause
Massa critica: sovraffollamento rispetto a spazi/mezzi di soccorso	Isolare elementi a maggiore espressività emotiva
Lentezza dei soccorsi	Tentare di conoscere e comunicare i tempi reali
Disinformazione	Riferirsi ad un solo portavoce: <b>CENTRO INFORMATIVO</b>
Segnali di precipitazione dell'evento	Evidenziare le misure precauzionali assunte
Inattesa ripetizione dell'evento	Individuare le persone a maggior rischio

Una catastrofe può scatenare uno stato di confusione con perdita di memoria ed orientamento o angoscia e bisogno di fuga (stato di panico) oppure può slentizzare o aggravare eventuali patologie psichiatriche.

Per lo più, **se non vi sono trascorsi psichiatrici**, in un primo momento le crisi possono avere carattere transitorio, anche se acuto ed apparentemente grave.

Se si tratta di **slentizzazione**, vale a dire patologia coperta o compensata con atteggiamenti forse fino ad allora strani ma non disturbanti invece, anche se apparentemente la crisi può non parere particolarmente invalidante, non è prevedibile né una sua eventuale remissione né un possibile aggravamento.

Spesso una risposta patologica all'evento, il **disturbo post-traumatico da stress**, si presenta dopo un certo tempo e senza segni al momento particolarmente indicativi. Queste persone non chiedono immediatamente un aiuto psichiatrico ma tendono a cercare solidarietà di gruppo, a chiudersi, a rifiutare il dialogo e la rievocazione degli episodi traumatici.

Nell'immediato può essere utile sorvegliare con maggiore attenzione **coloro che tendono ad isolarsi** e spingerli a scambiare impressioni e racconti con i soccorritori ed altre vittime. È controindicato forzarli al racconto mentre è opportuno spingerli a riprendere rapidamente abitudini pregresse (guida di automezzi, uso di trasporti, uscire di casa...).

Poiché invece la maggior parte delle affezioni gravi di tipo psichiatrico, indipendentemente dalla catastrofe, **esordiscono nella tarda adolescenza o nella prima gioventù**, risulta particolarmente difficile distinguere nei giovani di quale forma possa trattarsi. Sono quindi da trattare come condizioni di rischio prolungato.

## CATASTROFE

SOGGETTI COINVOLTI	REAZIONE INADEGUATA
Soggetti adulti con <b>anamnesi psichiatrica negativa</b>	<p style="text-align: center;">→</p> <p><b>Probabilmente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reazione confusionale (soggetto disorientato o confuso)</li> <li>- reazione amnestica (perdita di identità)</li> <li>- panico – fuga</li> <li>- crisi isterica (urla, grida, pianto, contorsioni, svenimento)</li> <li>- reazione apatica (chiusura)</li> </ul>
Soggetti adulti con <b>anamnesi psichiatrica positiva</b>	<p style="text-align: center;">→</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- depressione agitata o confusa</li> <li>- crisi isterica</li> <li>- assunzione compulsiva di alcool</li> </ul>
Adolescenti o giovani	<p style="text-align: center;">→</p> <p>quanto sopra elencato e <b>caratteristicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- paura di abbandono con iperattaccamento</li> <li>- giochi ripetitivi</li> <li>- comportamenti “risk taking”</li> <li>- riduzione delle prestazioni scolastiche</li> <li>ritiro dai rapporti sociali con i coetanei</li> </ul> <p><b>TUTTAVIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stati confusi, amnestici, apatici possono rappresentare condizioni di crisi più stabile o di esordio di malattia</li> </ul>

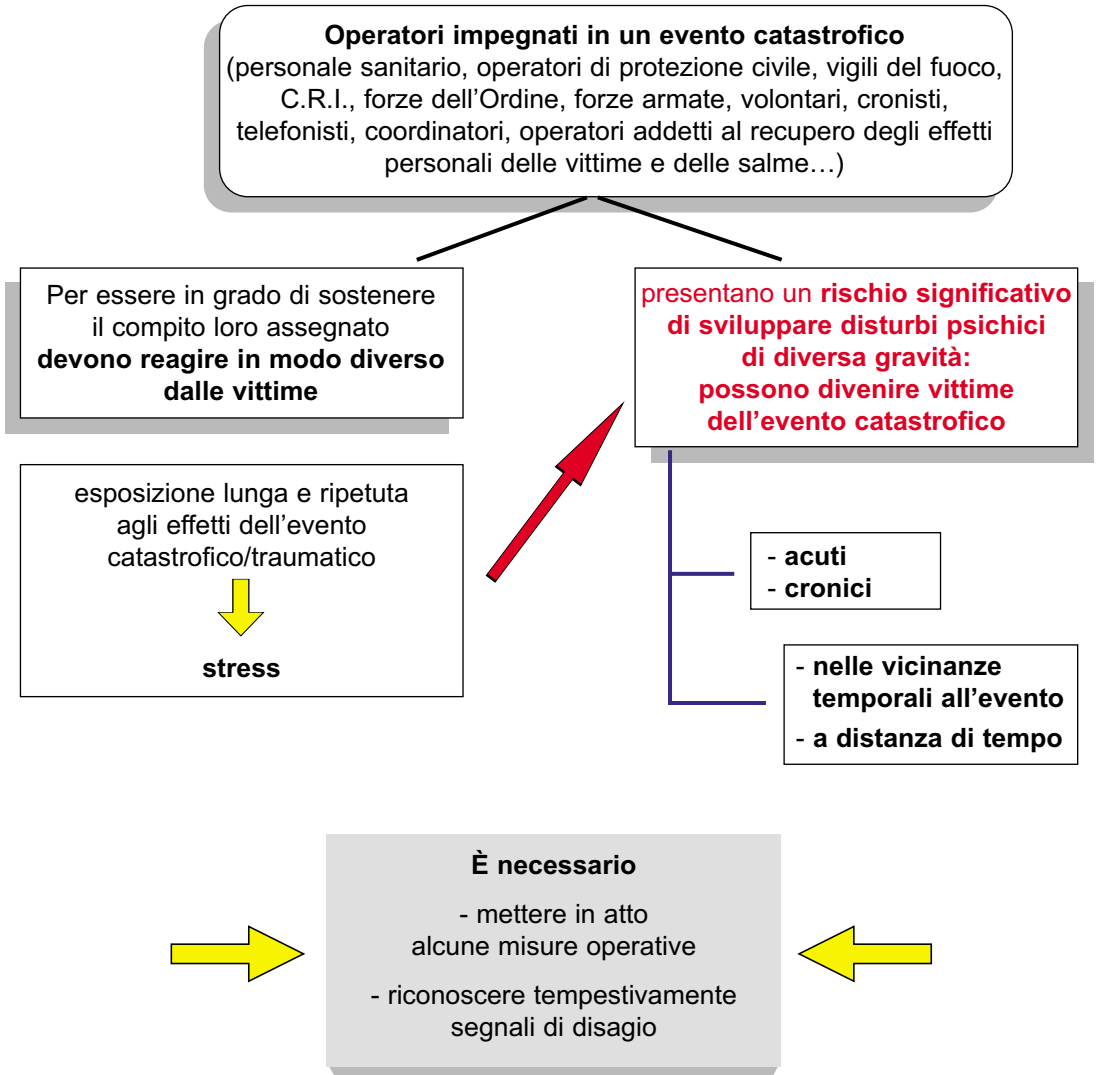
## IMPATTO EMOTIVO: RISPOSTA INADEGUATA DISTURBI PSICHIATRICI

*(Trattati nella sezione esplicativa)*

**Non sono necessari precedenti affezioni psichiche** per sviluppare un disturbo psichiatrico dopo un evento traumatico, né tali affezioni sono sufficienti a determinarlo.

**Nei disastri di più lieve** entità assumono maggiore importanza le variabili preesistenti come anamnesi di nevrosi o di disordini psichiatrici, mentre **più lo stress è severo**, meno l'esito è influenzato da preesistente patologia o vulnerabilità individuale.

### 3 I SOCCORRITORI



## “VITTIME”/ RESIDENTI CHE DIVENTANO SOCCORRITORI

Spesso le caratteristiche della catastrofe

- 1) Hanno determinato la costituzione spontanea in loco di gruppi/squadre di soccorso
- 2) Impostano il ricorso a forze locali (non specialistiche)

- SONO INDISPENSABILI  
- VANNO COORDINATE

Vedi cap. 4, pag. 54  
Requisiti per il lavoro in équipe-organizzazione

Escluderli contro la loro volontà  
può determinare

Scompenso  
individuale  
o iperattivismo

Formazione  
di dinamiche  
di gruppo o collettive  
imponderabili

SELEZIONE “SUL CAMPO”

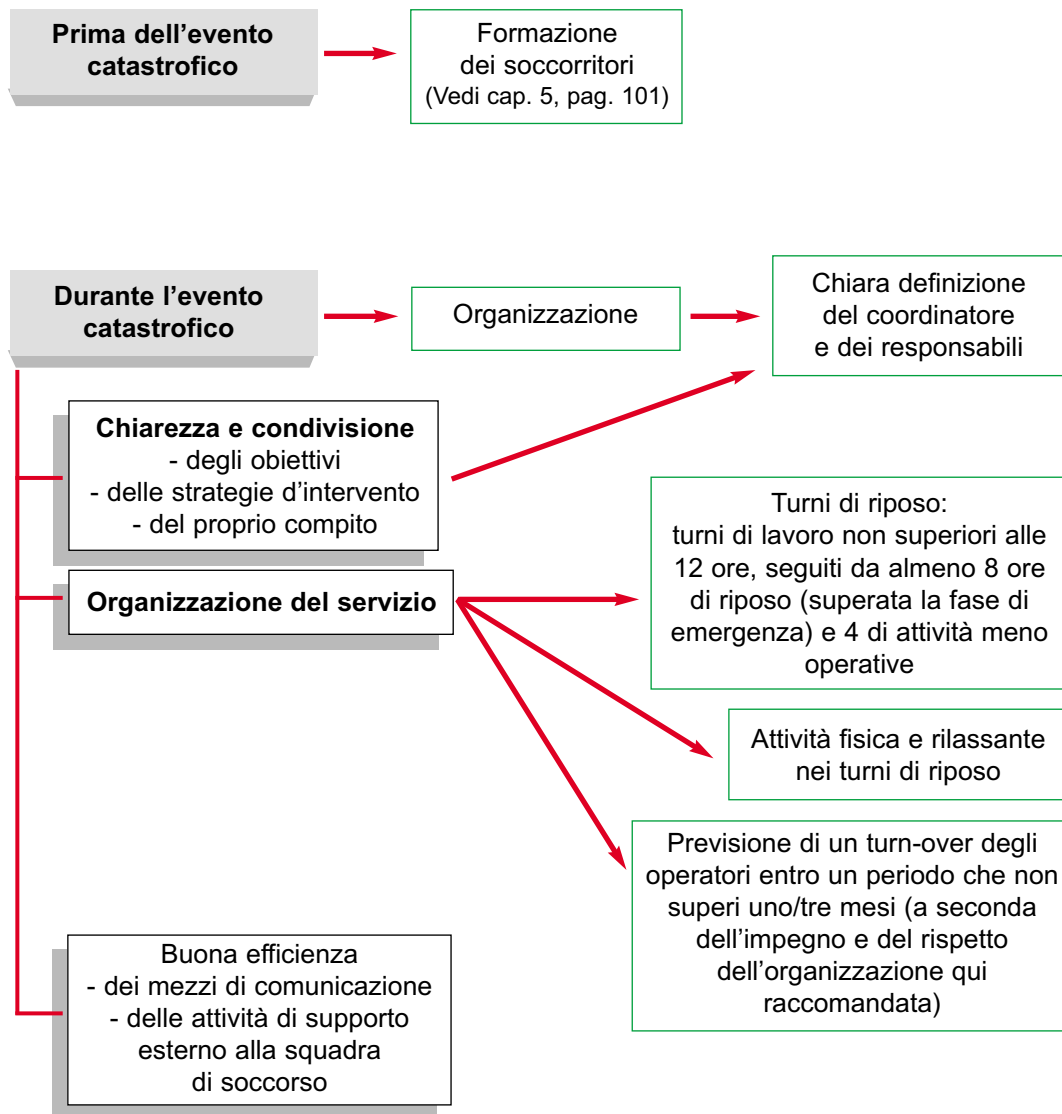
PRIORITÀ

SOCCORRITORE  
VERO E PROPRIO

REASPONSABILE  
PROPRIO NUCLEO

VITTIME

## MISURE ORGANIZZATIVE E DI PREVENZIONE AD EVENTUALI DISAGI PSICOLOGICI DEI SOCCORRITORI



**Durante l'evento  
catastrofico**

**Attenzione al disagio  
psichico del soccorritore**

Presenza nello staff di una figura  
professionale  
con funzione di supporto e monitoraggio  
delle reazioni allo stress  
deputata a:

- ascolto
- favorire espressione dei bisogni
- favorire comunicazione nel gruppo  
di lavoro

Riunioni periodiche  
per espressione di

- bisogni
- difficoltà
- critiche
- suggerimenti

**Formazione e sostegno alle famiglie**  
soprattutto in caso  
di missioni operative a distanza  
*Es.: militari*

Favorire il contatto reciproco  
possibilmente in partenza  
dal luogo della catastrofe

---

È importante tenere presente che spesso, soprattutto nei primi tempi dell'evento catastrofico, parte di queste misure preventive e psico-igieniche non sono attuabili, e occorre considerare la loro mancata attuazione come causa primaria di stress o di reazioni avversative.

È comunque importante che il soccorritore possa dedicare una parte del tempo "lavorativo" ad attività di minor urgenza (4 delle 24 ore).

**Favorire riunioni periodiche** che non necessariamente debbano avere la funzione di scarica emotiva ma semplicemente di continuità di abitudini "usuali" ("la vita continua").

**Favorire contatti con i familiari** (sia delle vittime, sia propri) da parte dei soccorritori riducendo la ricerca da parte dei familiari verso il luogo della catastrofe. Il risultato è doppiamente positivo.

Vi è una credibilità reciproca maggiore nella comunicazione ("se la/lo cerco io mi risponderà" in funzione di tranquillizzazione, se mi ha cercato lei/lui vuol dire che le cose vanno normalizzandosi...) e la possibilità di non avere preoccupazioni esterne ai compiti diretti della catastrofe.

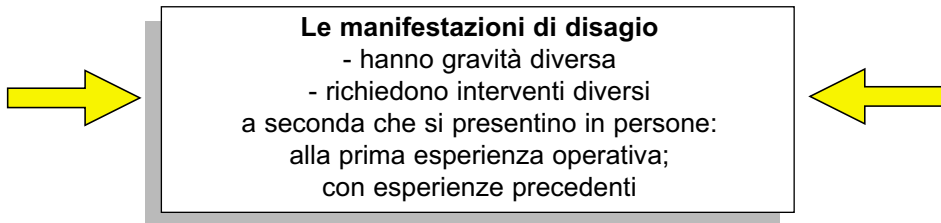
## ASSISTENZA AI SOCCORRITORI

In queste linee guida pare utile rinviare alla professionalità dei singoli operatori le modalità di intervento in caso di stress, affaticamento, burn out.

Si consiglia tuttavia di offrire una presenza costante, di condividere oltre che ogni momento organizzativo la giornata, i momenti comuni, i pasti e le attività di riposo.

Al bisogno sono opportuni dei gruppi autocentrati (discussioni su problemi interni) e/o eterocentrati (analisi di problemi di persone o situazioni esterne).

Si sconsigliano interventi più emotivamente coinvolgenti (psicodramma - role playing).



Nella **tabella a pag. 53**:  
elencate **manifestazioni e caratteristiche di comportamento**  
che possono essere presentati  
dai soccorritori professionisti o volontari

Sono elencate come **descrittori** di atteggiamento, comportamento, modalità espressiva, depurate di ogni possibile connotazione di tipo diagnostico psicologico/psichiatrico

**Possano presentarsi** isolate o in associazione tra loro nell'immediata vicinanza dell'evento (T0) o a distanza di tempo dall'evento traumatico

**Elemento comune** è  
interruzione di continuità  
modificazione delle caratteristiche comportamentali e personalologiche abitualmente presentate dal soccorritore  
**Nel T0** sono stati presi in considerazione i segni più probabili per quel periodo  
**Altri segni** risultano valutabili solo in un tempo successivo

Le caratteristiche presentate sono state suddivise a seconda della loro durata o ripresentazione frequente:

- **Tempo 0**: da 0 a 3 giorni
- **Tempo 1**: da 4 a 15 giorni
- **Tempo 2**: da 16 a 30 giorni

L'operatività conseguente è stata raggruppata in 3 suggerimenti di possibile risposta da parte dei coordinatori (a carattere orientativo):

**Risposta tipo a:**

- verificare che
  - il riposo e i bisogni primari siano stati soddisfatti
  - non si sia superato il limite soglia (3 mesi) di permanenza nel luogo operativo
- da parte del soggetto interessato:
  - parlarne con i colleghi, i superiori, la figura deputata all'ascolto ed al supporto
- da parte dei superiori:
  - facilitare questo tipo di comunicazione
- concedersi/concedere il riposo necessario

**Risposta tipo b:**

- allontanare provvisoriamente dal luogo delle operazioni senza colpevolizzare

**Risposta tipo c:**

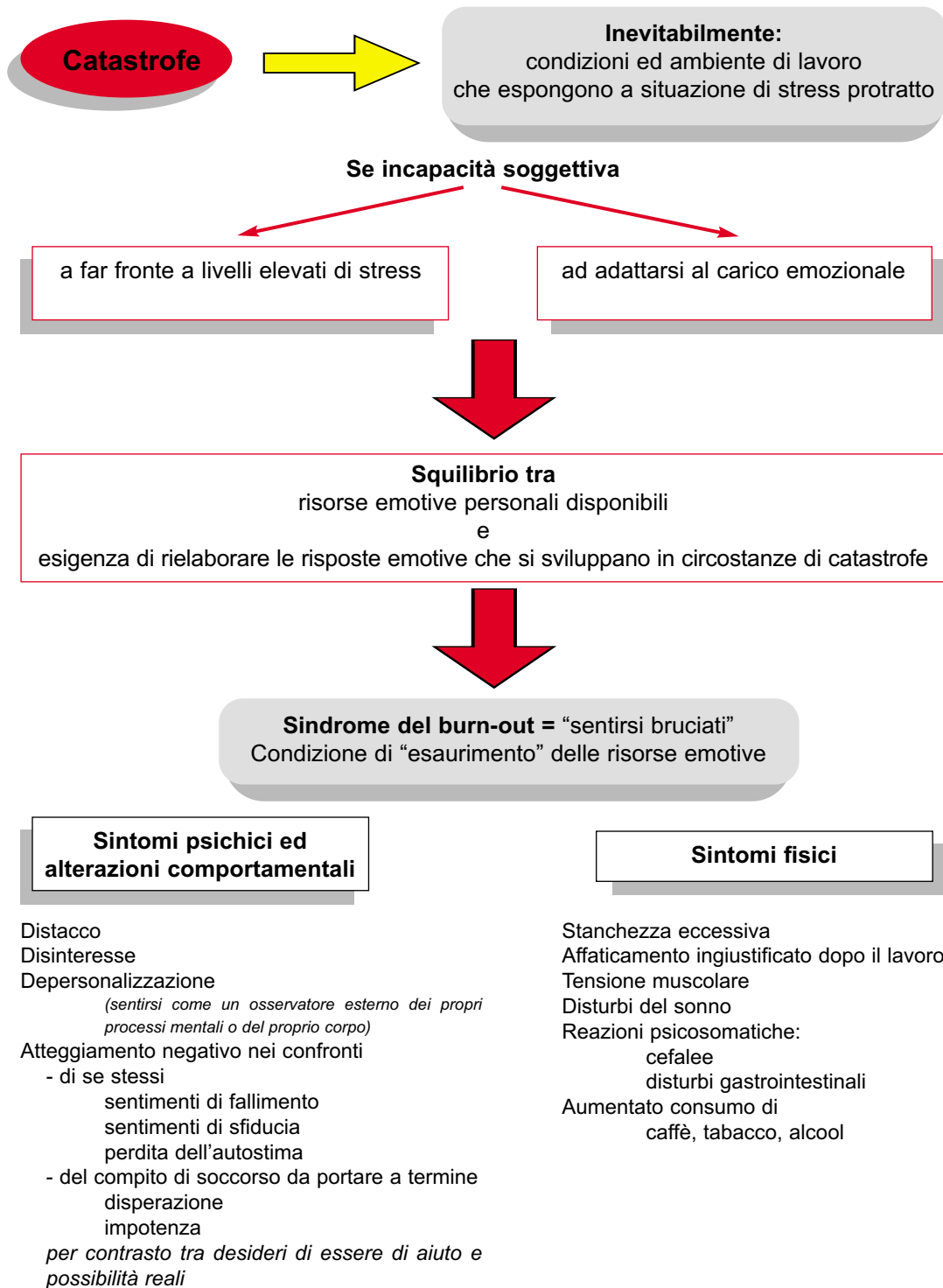
- rivolgersi/dare indicazioni di rivolgersi ad uno psichiatra
- allontanare definitivamente da quel luogo di operazioni

COMPORAMENTI DEL SOCCORRITORE	OPERATIVITÀ			
	Tempo 0 0 - 3 giorni	Tempo 1 4 - 15 giorni	Tempo 2 16 - 30 giorni	Tempo 3 >30 giorni
stanchezza eccessiva		a	b	c
momenti frequenti di nervosismo		a	b	c
mangia poco - mangia troppo		a	b	c
dorme poco, dorme male		a	b	c
fuma più del solito		a	b	b/c
inizia a bere o beve più del solito		a/b	b/c	c
inizia a fare uso di droghe		c	c	c
abusa di psicofarmaci		a/b	b/c	c
cambia umore inspiegabilmente		a	b/c	c
lavora meno, lavora peggio		a	b	c
si agita facilmente		a	b	c
riferisce conflittualità in famiglia		b	c	c
lamenta disturbi fisici, senza riscontri organici		b	c	c
frequenti e inspiegabili attriti con i colleghi	b/c	b	c	c
non fa più le cose che gli piacevano		b	c	c
è meno comunicativo		b	c	c
si isola	b/c	c	c	c
diventa triste		b	c	c
è aggressivo e/o violento	b/c	c	c	c
appare spaventato	a	b	b	c
racconta di brutti sogni, incubi	a	b	c	c
rivive scene relative alla catastrofe	a	b	c	c
evita qualsiasi situazione connessa alla catastrofe	b/c	c	c	c

**N.B.**

La durata e ripresentazione frequente T0- T3 possono essere ridotte nella valutazione:  
 maggiore è l'esperienza del soccorritore, in particolare si tratti di un veterano anticipare di un T ( da T3 a T2, da T2 a T1)

## BURN-OUT DEI SOCCORRITORI



Un evento catastrofico determina uno squilibrio tra richieste che provengono dal “mondo interiore” dei singoli (*per esempio il desiderio di essere produttivi nel prestare soccorso*), richieste di efficienza dettate dalle circostanze di disastro e risorse materiali ed emotive realmente disponibili. Le risorse spesso non sono sufficienti a rispondere in modo adeguato ai propri obiettivi ed alle necessità esterne.

Questo determina il sorgere di una reazione emotiva con sviluppo di sintomi psichici e fisici che costituiscono la “sindrome del burn – out”. Si può giungere alla fuga dal lavoro e dalle responsabilità, risposta difensiva estrema messa in atto per sottrarsi alla fonte di stress.

### Sindrome del burn – out



#### Fase di fuga “difensiva”

allontanamento dal proprio lavoro e dalle responsabilità

N.B.

La sindrome del burn – out può interessare

- singoli
- staff suo insieme
- istituzioni per l'organizzazione dei soccorsi



La rilevazione dello sviluppo della sindrome avrà quindi il proprio *focus* su:

- singoli
- staff nel suo insieme
- istituzioni per l'organizzazione dei soccorsi

#### Strumenti utili per la prevenzione:

- tecniche di rilassamento:  
*training autogeno di Schultz*
- creare gruppi di discussione “autocentrati” (su problemi interni)  
*si raccomanda la conduzione da parte di un esperto*
- creare gruppi di discussione “eterocentrati” (analisi di problemi di persone o situazioni esterne)  
*valutare l'opportunità di un maggior coinvolgimento a livello di informazione e decisionale*

**SI SCONSIGLIA ALMENO IN UNA PRIMA FASE L'USO DI PSICOFARMACI**



## 4 PRESUPPOSTO ALL'APPLICAZIONE DI UN PIANO DI SUPPORTO: REQUISITI DEL SOCCORRITORE

### PREMESSA

Improbabile, per il soccorritore, "saper affrontare" una catastrofe senza uno specifico training formativo

Caratteristiche del soccorritore

Formazione



Esperienza

Frequente MONITORIZZAZIONE

Formazione permanente

**Formazione e caratteristiche del soccorritore sono qui raggruppate in quanto non pare operativo scorporarle**

### L' evento:

espone il soccorritore a livelli di sofferenza umana che possono compromettere la sua capacità di fornire aiuto

pone il soccorritore di fronte a reazioni psichiche, da parte delle vittime, che può essere utile saper riconoscere, comprendere e supportare

## La formazione deve permettere

### RICONOSCIMENTO

- della sofferenza psichica
- delle situazioni di crisi
- delle proprie reazioni

### COMPRESIONE

- della sofferenza psichica
- delle reazioni di crisi
- delle altrui reazioni

## RICONOSCIMENTO – COMPRESIONE – MONITORIZZAZIONE

Riconoscimento e comprensione sono processi che debbono coinvolgere auto ed etero – osservazione (delle vittime, degli altri soccorritori)

Questo processo è difficile “sul campo”, per cui deve essere oggetto di formazione permanente e di esercizio post-evento catastrofico

## Scopi della formazione

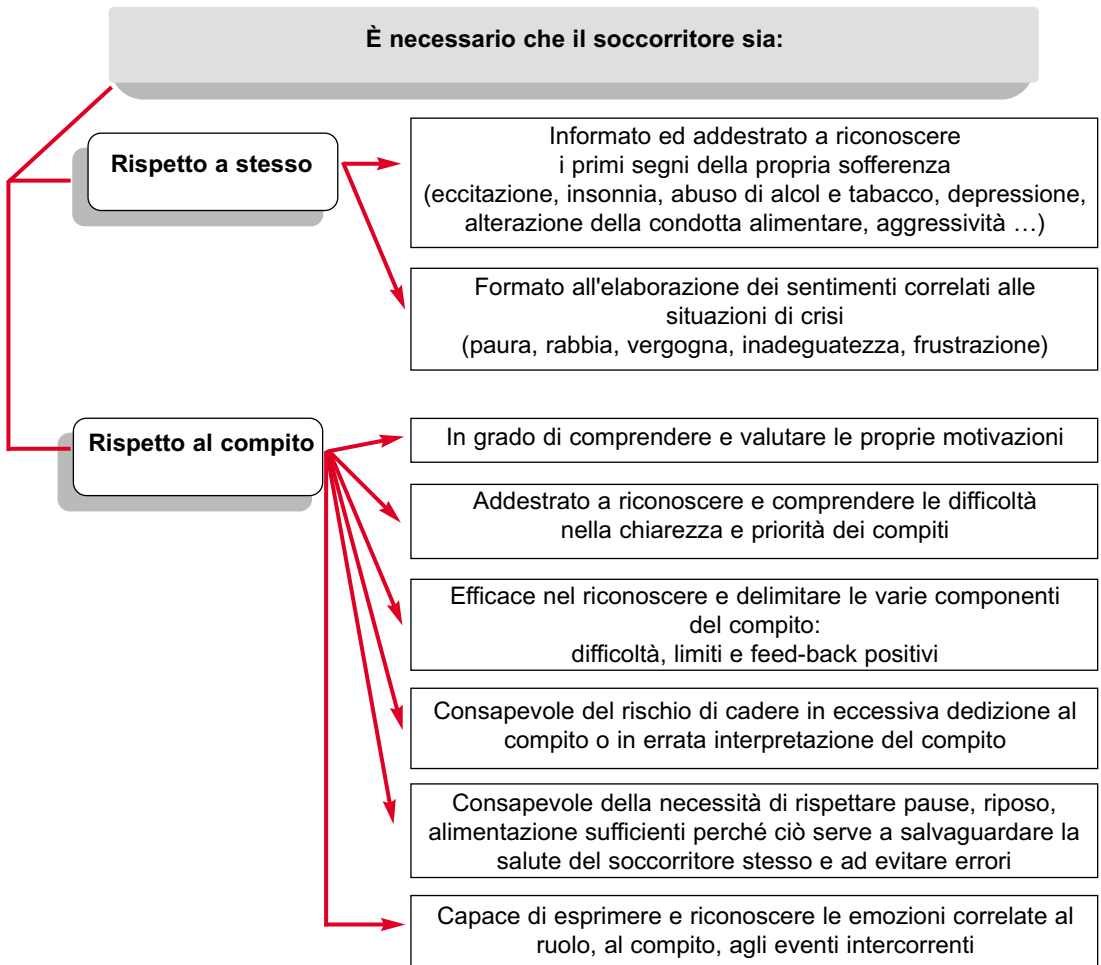
### Limitare

- il condizionamento-assuefazione alla catastrofe ed alle sue conseguenze
- il rischio di lasciarsi influenzare dalla pura e semplice reazione psichica, propria ed altrui, a livello individuale e nell'organizzazione

- **Conoscere** i rischi
- **imparare ad usare** i propri meccanismi psichici protettivi e preventivi in funzione delle proprie reazioni ed anche dei comportamenti altrui

# REQUISITI FUNZIONALI AL RUOLO E COMPITO DI SOCCORRITORE

## CARATTERISTICHE CHE DEVONO ESSERE POTENZIATE DA UNA ADEGUATA FORMAZIONE



**N.B.,**

Dedizione a compiti gravosi e impegno spesso conducono a trascurare necessità fisiche elementari  
(ad es. bere, eccedere in sforzi muscolari, sudare eccessivamente, esporsi al freddo, all'acqua...)

SPESSO I SEGNALATORI NATURALI (sete, brividi, sonno) SONO RIDOTTI E SOSTITUITI DA ALTRI SEGNI QUALI:  
IRRITAZIONE, IRREQUIETENZA, DECONCENTRAZIONE...  
È ESSENZIALE NON CONFONDERLI E ADOTTARE PRIMA SOLUZIONI PIÙ ELEMENTARI  
(BERE SOLUZIONI SALINE, VERIFICARE DI NON ESSERE IN IPO/IPERTERMIA...)

## REQUISITI FUNZIONALI ALLA RELAZIONE CON LA VITTIMA ED ALLA SITUAZIONE DI SOCCORSO

**È necessario che il soccorritore possieda competenze sufficienti per:**

Cogliere e distinguere i bisogni propri e dell'altro

Accogliere e rispettare la sofferenza propria e dell'altro

Riconoscere ed accettare le emozioni proprie e dell'altro

Imparare ad ascoltare (educazione ed allenamento all'ascolto)

Non tendere a fornire soluzioni emotive immediate specie se impossibilitato a sostenerle praticamente

Cogliere le differenze fra individui, gruppi, culture diversi

Favorire meccanismi di adattamento

Prendere la distanza emotiva opportuna conservando la vicinanza affettiva con l'altro



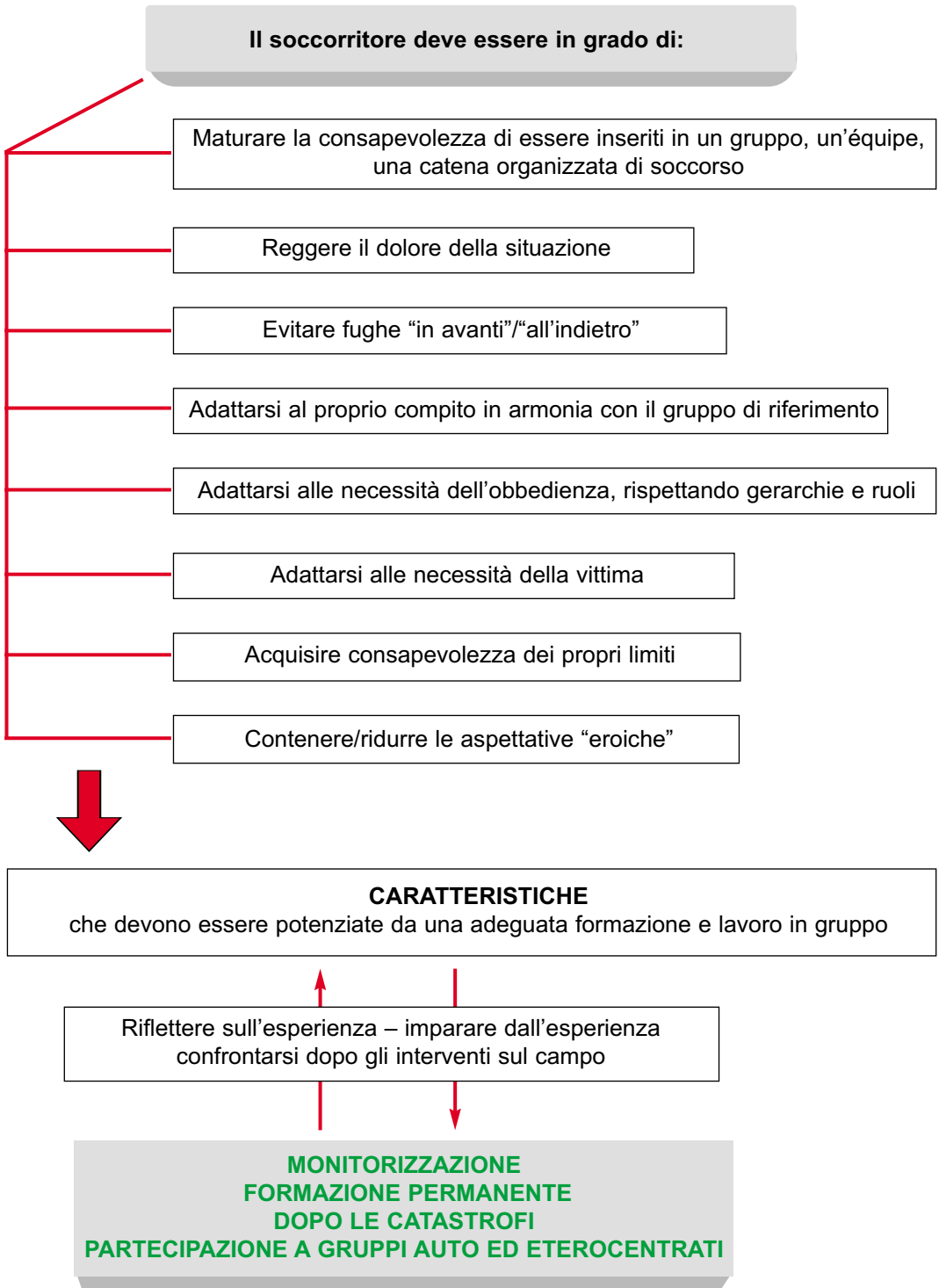
### **CARATTERISTICHE**

che devono essere potenziate da corsi e stages adeguati

Riflettere sull'esperienza – imparare dall'esperienza  
confrontarsi dopo gli interventi sul campo

**MONITORIZZAZIONE  
E  
RINNOVARE CON NUOVI CORSI E STAGES  
DOPO LE CATASTROFI**

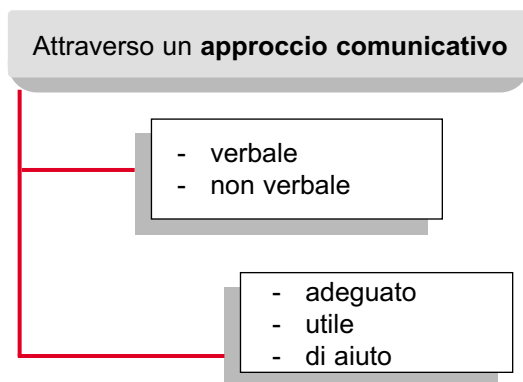
## REQUISITI COMPLESSI PER IL LAVORO IN ÉQUIPE-ORGANIZZAZIONE





## 5 PIANO OPERATIVO STRUTTURATO DI SUPPORTO E ASSISTENZA PSICOLOGICA IN SITUAZIONE DI EMERGENZA

### COME SI APPLICA UN PIANO OPERATIVO STRUTTURATO



### CON QUALE FINALITÀ



# COME COMUNICARE PER SOSTENERE SUL CAMPO IN PARTICOLARE SE SI SOSPETTANO PROBLEMATICHE PSICHICHE

## COSA FARE

## Esempi

Presentare

- la propria figura professionale
- il proprio ruolo
- i propri intenti

*"Mi chiamo \_\_\_\_\_, sono un \_\_\_\_\_  
e sono qui per \_\_\_\_\_"*

Valutare il contesto situazionale

*Evitare proposte o iniziative non consone agli usi  
e costumi dell'interlocutore cercando di coglierne  
l'etnia di appartenenza, la religione ed il contesto  
socio-culturale*

Osservare con attenzione e  
cercare di capire, senza dare  
per scontate le altrui esigenze

*Assecondare e seguire i tempi di  
reazione dell'interlocutore*

Proporsi piuttosto che imporsi, in modo adeguato  
e pertinente, cogliendo i bisogni dell'altro  
Se l'offerta di supporto non è in quel momento  
accolta, non forzarla e rimanere a disposizione

*"Come posso esserLe d'aiuto?"  
(partire da Lei, passare al tu  
a richiesta*

Assumere un atteggiamento di ascolto attivo  
e comprensivo

*Non avere la presunzione di conoscere  
cosa l'altro ci sta per dire e non dare  
nulla per scontato*

Creare un clima facilitante che consenta  
l'espressione delle emozioni

*Cercare di intuire il tipo di relazione  
adatto all'interlocutore; ricordare  
che non tutti i soggetti accettano  
il contatto fisico o intimità*

Esprimersi usando un linguaggio semplice  
e comprensibile

*Utilizzare preferibilmente domande che  
prevedano una risposta di tipo "sì/no"*

Evitare un linguaggio infantile con verbi all'infinito

## COSA FARE

## Esempi

Mostrarsi sensibili e solidali con il dolore e la sofferenza espressi

*Calarsi "nei panni" dell'altro, accoglierne la fragilità*

Affiancare, accompagnare, guidare

*Comunicare disponibilità, rassicurare con la propria presenza, saper decidere in caso di stato confusivo altrui*

*Se si da del tu pretenderlo in risposta per sè*

Infondere sicurezza

*Rendere costantemente partecipe l'interlocutore circa le nostre azioni ed i nostri intenti, comunicando con lui verbalmente man mano che si procede*

*In caso di operazioni sanitarie descrivere ciò che si sta facendo e come e perché si pospongono altri interventi*

Legittimare e proteggere

*Permettere alla persona di esprimersi secondo le modalità che le sono proprie*

Fornire solo informazioni veritiere

*Non comunicare all'interlocutore notizie incerte, evitare previsioni, non creare infondate aspettative*

Garantire discrezione

*Rassicurare l'interlocutore circa l'uso delle informazioni raccolte*

Facilitare i contatti ed aiutare a ricostruire la rete sociale del soggetto

*Attivarsi per garantire il ricongiungimento di eventuali familiari e/o persone disperse significative per l'interlocutore*

Avere chiari i limiti di efficacia del proprio intervento e circoscrivere il proprio campo d'azione

*Rivolgersi ad altra tipologia di aiuto se ritenuto utile e/o necessario*

Accettare le modalità di autorassicurazione altrui

*Una donna anziana disposta ad essere evacuata solo se si porta dietro la foto del marito, il gatto...*

## COSA NON FARE

## Esempi

Assumere atteggiamenti guidati da pregiudizi

*Attenersi alla realtà dei fatti, senza anticipare alcun giudizio*

Porsi in atteggiamento censorante e moralista

*Non credere che ciò che sia giusto per noi debba necessariamente esserlo anche per gli altri, ma accogliere ogni situazione senza interpretarla né giudicarla*

Mostrarsi invadenti e curiosi

*Es.: non porre troppe domande*

Dare adito a percezioni illusorie

*Non alimentare false speranze*

Generalizzare, banalizzare, normalizzare

*Un'emergenza si è effettivamente verificata; non far finta che non sia esistita e non minimizzare l'accaduto*

Commentare, contrapporsi, contrastare, indignarsi, zittire

*Evitare che l'interlocutore percepisca moti di disapprovazione al manifestarsi delle sue personali ed uniche forme di espressione*

Infantilizzare le vittime

*Dare per scontato il "tu", usare un linguaggio da bambini...*

Eccedere nei contatti corporei consolatori

*Eccesso di carezze, di sorreggere, di tenere per mano...*

Accelerare tempi di attuazione quando non necessari

*Se si decide per l'evacuazione non impaurire per ottenere tempi più rapidi o riconoscimento di autorità*

## PRIMO APPROCCIO

### ASPETTI OPERATIVI

### COMPORAMENTI

Identificare la vittima

Parlare con voce calma, lentamente

Riportare il luogo possibile  
reperibilità dell'operatore psichiatrico

Non fissare negli occhi la persona

Segnalare la situazione potenziale ad un congiunto,  
indicando chiaramente i luoghi di raduno  
e/o quelli di pertinenza psichiatrica

Atteggiare il viso a serenità  
ma non sorridere o peggio avere un atteggiamento ilare

Descrivere ogni possibile iniziativa e gesto  
Se in presenza di altri:  
farlo come descrivendo loro ogni propria azione

Individuare la giusta distanza fisica dalle vittime  
in preda a rabbia e/o angoscia  
(tra 1 e 2 m di distanza)

### COADIUVARE I SOCCORRITORI

Affiancarsi nei momenti di stress

Riportare calma nei momenti di  
agitazione, rabbia/tensione in  
équipe



---

## 6 LOGISTICA DELL'EMERGENZA SANITARIA PSICHIATRICA

### PREMESSA

Ogni Dipartimento di Salute Mentale dovrebbe costituire al suo interno una **Unità di Crisi Psichiatrica (UCP)** per interventi a distanza e nella propria sede di lavoro.

In particolare ogni Unità dovrebbe comprendere di base:

- un medico
- due infermieri
- uno psicologo
- assistenti sociali in sede
- volontari formati

ed essere in rapporto con il personale formato della Croce Rossa e della Protezione Civile.

**L'Unità di Crisi Psichiatrica deve:**

- possedere una conoscenza di tutte le strutture psichiatriche del proprio territorio
- conoscerne le capacità di ricezione e il personale che vi opera
- essere in contatto con la Protezione Civile regionale e avere una referenza reciproca stabile e nota (protocollo aggiornato almeno semestralmente)
- avere in pronta disponibilità strumenti terapeutici utili a contenere qualsiasi tipo di crisi emotiva
- possedere mezzi propri per raggiungere le postazioni periferiche (in coordinamento con la Protezione Civile) e persone che siano in grado di guidarli con perizia
- possedere cartine delle zone di competenza dettagliate, numeri di telefono delle centrali operative
- avere a disposizione un numero programmato di kit di pronto intervento (numero che varia secondo le zone geografiche e prevedibilità degli eventi: da definire in collaborazione con la Protezione Civile e i responsabili locali della medicina d'urgenza)
- periodicamente stabilire contatti con le case di cura delle zone che possono trovarsi coinvolte in eventi catastrofici e monitorare le condizioni di accoglienza.

## UCP Unità di Crisi Psichiatrica interviene

- nel PMA (Posto Medico Avanzato) con
  - Medico psichiatra
  - Infermiere/i
  - Operatore/i Croce Rossa

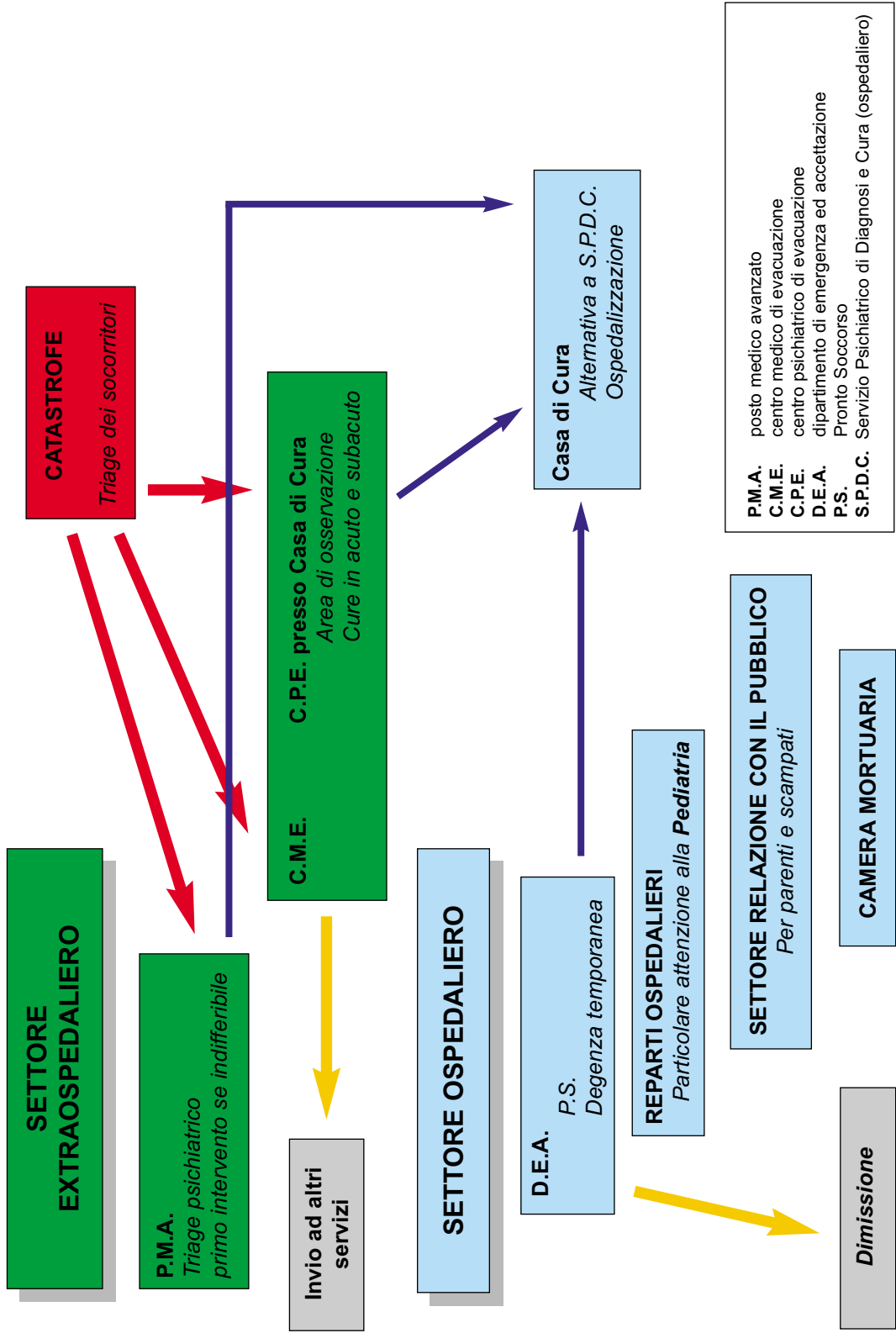
- nel CPE (Centro Psichiatrico di Evacuazione) con
  - Medico psichiatra
  - Infermiere/i
  - Psicologo/i
  - Assistente/i Sociale/i

*Il medico ha funzione di direzione e coordinamento.  
L'assistente sociale ha funzione di collegamento.  
È consigliabile che ciascuno sia identificabile con  
una scritta ben visibile.*

Prosegue l'assistenza delle vittime e dei familiari a distanza di tempo offrendo continuità terapeutica e/o collegamento con operatori sanitari psichiatrici ed amministrativi eventualmente subentrati successivamente

## Kit di Pronto Intervento Psichiatrico in dotazione

- Farmaci (vedi cap. 8, pag. 77)
- Fascette di contenzione
- Schede triage (vedi cap. 7, pag. 68)
- Bracciali di identificazione triage
- Protocollo Protezione Civile
- Automezzo e persona abile alla sua guida
- Mappa del territorio con strutture psichiatriche esistenti
  - S.P.D.C.
  - Case di Cura psichiatriche e tipologie dei pazienti
  - Strutture residenziali psichiatriche e tipologia degli operatori
  - Residenze per anziani
  - Ambulatori psichiatrici (Centro di Salute Mentale)



---

## OPERATIVITÀ EXTRAOSPEDALIERA

La presenza e l'intervento di Operatori della Salute Mentale deve inserirsi all'interno della catena dei soccorsi ed integrarsi con essa.

Il punto d'intervento nella catena dei soccorsi è stabilita di volta in volta a seconda dei diversi fattori tra cui, essenziale è il numero di operatori disponibili e loro tipologia.

La psichiatria italiana ha una forte esperienza territoriale:

in occasione di un evento catastrofico ove la rete dei servizi è efficiente, è utile sfruttarla, **favorendo il più possibile interventi extraospedalieri**, onde non sovraccaricare ulteriormente l'ospedale.

È necessario quindi prevedere forze psichiatriche nei luoghi d'intervento dei soccorsi: talora sul luogo stesso della catastrofe e in ogni caso nelle immediate vicinanze dell'evento, nel **Posto Medico Avanzato (PMA)**.

In luoghi meno prossimi alla catastrofe occorre istituire un **Centro Psichiatrico di Evacuazione (CPE)**, direttamente connesso al **Centro Medico di Evacuazione (CME)**, utilizzando, dove esistenti, strutture psichiatriche già presenti sul territorio come le Case di Cura Psichiatriche, o, in alternativa, le residenze per gli anziani: si tratta di strutture idonee in quanto già attrezzate per l'handicap (bagno assistito, rampe...).

Il C.P.E. può essere anche struttura di accoglienza e ricovero di alcuni giorni se non si prevede una particolare affluenza di pazienti, o centro di invio ad altre strutture psichiatriche disponibili in zona o raggiungibili senza spreco di risorse.

In particolari situazioni il P.M.A. potrebbe non essere istituibile, e la catena di soccorsi saltare direttamente al C.M.E. – C.P.E..

Per quanto possibile è opportuno che l'Unità di Crisi sia composta da:

- psichiatra e infermiere psichiatrico formato per interventi in area di catastrofe e/o nel PMA, e sia in stretto contatto con la Croce Rossa e periodicamente lo sia stato con la Protezione Civile
- psichiatra, infermiere/i, psicologo, operatore/i di supporto, idoneamente formati al compito, assistente sociale con funzioni di collegamento con altre agenzie e/o familiari nel CPE
- è opportuno che ciascuno sia identificabile con scritte ben visibili.

È inoltre necessario che i soccorsi psichiatrici abbiano un proprio coordinamento nella figura di un medico psichiatra, sottoposto a sua volta al Responsabile della équipe sanitaria o della missione di soccorso, che possano interagire con gli altri soccorritori e avere un aggiornamento globale e continuo della situazione.

**Nell'area di catastrofe** o al **PMA** avviene il **triage** psichiatrico e un primo intervento, se indifferibile.

Da qui il Paziente può essere inviato:

- ai presidi specialistici esistenti
- al CPE
- a strutture di ricovero per interventi di cura non effettuabili al di fuori dell'ospedale

---

(dove esistenti, istituti di ricovero, come le case di cura per non sovraccaricare il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura che potrebbe non essere sufficiente ad affrontare l'emergenza)

Il **CPE** è il luogo più attrezzato ed idoneo per interventi specialistici psichiatrici extraospedalieri: osservazione, ascolto, cure in acuto e subacuto.

Da qui il Paziente può essere:

- dimesso
- inviato ai presidi specialistici pre-esistenti sul territorio
- inviato in Casa di Cura Psichiatrica, se presente sul territorio, o in alternativa al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.), per interventi non effettuabili al di fuori di un regime di ospedalizzazione, qualora nel corso dell'osservazione prolungata si evidenzino situazioni di particolare gravità.

Benché il medico possa agire in base all'articolo 42 del codice penale (stato di necessità) in caso di emergenza può essere utile avviare le procedure del trattamento sanitario obbligatorio, anche sapendo che le condizioni non ne permetterebbero il perfezionamento amministrativo.

## OPERATIVITÀ OSPEDALIERA

All'interno della struttura ospedaliera, oltre alle consuete forze presenti in S.P.D.C. e per la normale attività di consulenza, occorre potenziare alcuni punti nevralgici nella catena di assistenza.

- **D.E.A:** (Dipartimento di Emergenza e Accettazione): data la situazione di emergenza è prevedibile che il fabbisogno aumenti, ed è quindi necessario prevedere un potenziamento del consueto personale di consulenza psichiatrico, aumentando il numero dei medici psichiatri e degli infermieri specializzati (almeno due unità).

È indispensabile inoltre, che venga messo a disposizione un locale sufficientemente ampio per accogliere i pazienti di interesse psichiatrico che necessitino di osservazione e cure, ma non di ricovero.

- **UFFICIO INFORMAZIONI:** si tratta di un punto molto delicato in cui vengono fornite notizie, ad esempio ai parenti delle vittime e dei ricoverati; si impone la presenza di una figura addestrata di "addetto all'informazione – comunicazione".
- **REPARTI OSPEDALIERI:** potrebbe essere utile una équipe mobile che abbia il compito di monitorare sia il clima generale nei reparti, sia le condizioni psichiche individuali dei pazienti ricoverati, onde mettere in atto tempestivamente interventi di sostegno e/o terapeutici più specifici.

L'équipe dovrebbe essere composta dalle figure di un infermiere specializzato, di uno psicologo, da personale addestrato al sostegno, e fare capo ad uno psichiatra che coordini ed intervenga su casi specifici.

- **PEDIATRIA:**

è un reparto che richiede particolari attenzioni, nel quale si ritiene necessario

---

prevedere la presenza stabile di uno psicologo e di un animatore.

• **CAMERA MORTUARIA:**

oltre alla presenza di religiosi è opportuna quella di personale addestrato al sostegno.

**L'attività psichiatrica ospedaliera deve fare riferimento ad uno psichiatra che non sia direttamente coinvolto nell'assistenza sanitaria, ma abbia la funzione di distribuire le risorse psichiatriche all'interno dell'ospedale, tenendo conto anche delle richieste del coordinatore dei soccorsi sanitari.**

**N.B.,**

Tenere presente che con l'incremento migratorio dai paesi extra europei, si rende sempre più necessario l'intervento ai vari livelli di intermediari culturali, compresa la loro formazione.

## **POST CATASTROFE**

L'Unità di Crisi Psichiatrica prosegue l'assistenza delle vittime e dei familiari in sede e/o sul posto della catastrofe anche a distanza di tempo, offrendo continuità terapeutica e/o di collegamento con operatori sanitari psichiatrici ed amministrativi - eventualmente subentrati successivamente.

Offre assistenza psicologica anche nel corso delle procedure amministrative di risarcimento dei danni.

# 7 IL TRIAGE PSICHIATRICO

## DEFINIZIONE DI TRIAGE PSICHIATRICO

In caso di catastrofe **SPROPORZIONE** tra:

- assistenza sanitaria (psichiatrica)
- persone da soccorrere

**OCCORRE SELEZIONARE I PAZIENTI:**  
**TRIAGE**

### OBIETTIVO

- aiutare il maggior numero di persone bisognose:  
**sottoporre a triage ogni comportamento individuale anomalo**
- razionalizzare le risorse:  
**maggior triage dove minor disponibilità di soccorso**

### CARATTERISTICHE DEL PROTOCOLLO DI TRIAGE:

- diversa complessità per ogni livello di catena dei soccorsi
- facile memorizzazione
- rapida esecuzione
- minima interpretazione individuale
- attendibilità
- utilizzabilità da parte di professionisti differenti

### TRE CLASSI DI PRIORITÀ-GRAVITÀ: CODICI

- Psi 1 (lieve)
- Psi 2 (intermedia)
- Psi 3 (grave)

### DOVE EFFETTUARE IL TRIAGE

in tutti i livelli della catena dei soccorsi:

- cantiere
- posto medico avanzato (P.M.A.)
- centro medico di evacuazione (C.M.E.)
- ospedale (P.S.)

per valutare le condizioni psichiche del paziente che possono cambiare nel tempo (peggioramento – miglioramento)

### CHI EFFETTUA IL TRIAGE

- **sul cantiere:**

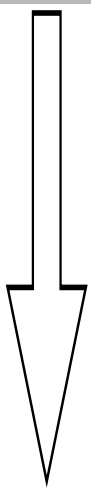
il soccorritore  
(vedere "Scheda triage psichiatrico sul cantiere")

- **P.M.A., C.P.E., ospedale:**

possibilmente il medico  
(vedere facciata "Scheda triage psichiatrico P.M.A., C.P.E., ospedale – Dottor \_\_\_\_)

in assenza del medico:

operatore od infermiere  
(vedere facciata "Scheda triage psichiatrico P.M.A., C.P.E., ospedale – operatore, infermiere, altro)



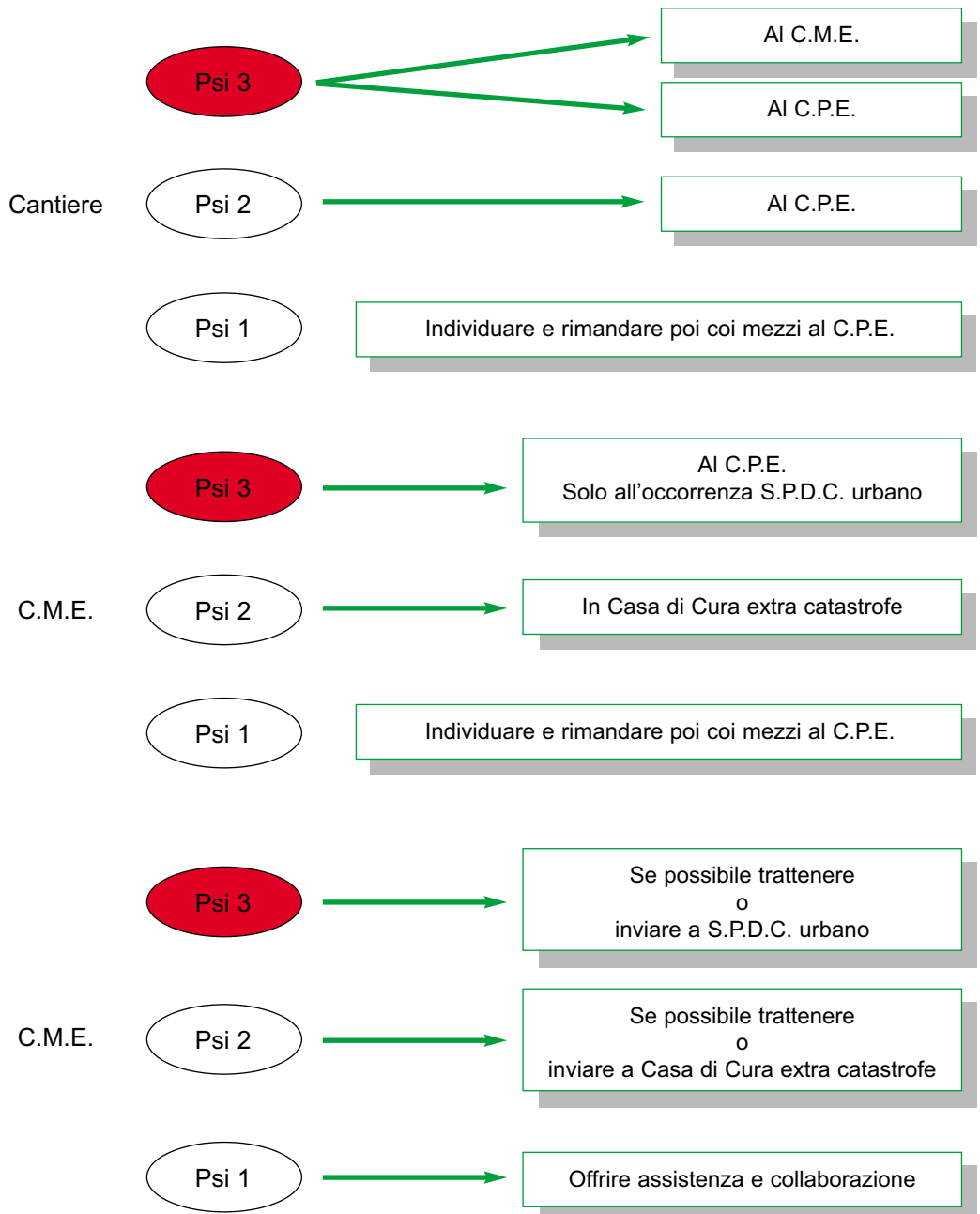
L'operazione triage  
**termina**  
**QUANDO**  
**RISORSE E RICHIESTE**  
**SI EQUIVALGONO**

- |                 |  |
|-----------------|--|
| <b>P.M.A.</b>   | posto medico avanzato                                  |
| <b>C.M.E.</b>   | centro medico di evacuazione                           |
| <b>C.P.E.</b>   | centro psichiatrico di evacuazione                     |
| <b>D.E.A.</b>   | dipartimento di emergenza ed accettazione              |
| <b>P.S.</b>     | Pronto Soccorso  |
| <b>S.P.D.C.</b> | Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (ospedaliero) |

---

## OPERATIVITÀ

- Creazione di protocolli di triage, differenti per complessità ai vari livelli della catena dei soccorsi, di facile memorizzazione, rapida esecuzione, bassa possibilità di interpretazione soggettiva, possibilità di utilizzo da parte di operatori con preparazioni differenti ed attendibilità nell'assegnazione di livelli di priorità.
- Formazione di personale in grado di applicare i protocolli di triage in Psichiatria.
- Formazione di personale operante in aree critiche: comunità, scuole, ospedali ed istituti.
- Creazione di cartellini, denominati “**Scheda di Triage Psichiatrico**”, conservati in custodie impermeabilizzate, sostitutivi della cartella clinica, che accompagnano il paziente nei trasferimenti delle varie fasi ed in grado di documentare le valutazioni ed i provvedimenti adottati in stazioni precedenti.
- Monitorare ogni sei mesi le possibilità di accoglienza delle Case di Cura in zone a rischio trasformabili all'occorrenza in C.P.E.
- Nell'ambito del colore bianco si propone l'utilizzo di **fasce elasticizzate**, da mettere al braccio del paziente, contrassegnate dalla lettera greca Psi ( $\Psi$ ) e da un codice numerico (1, 2, 3) corrispondente alla classe di priorità assegnata al triage, che permettano una facile individuazione.
- Identificare ambienti adatti all'assistenza di pazienti psichiatrici nei P.M.A., C.M.E. e nel D.E.A. dell'Ospedale con presenza di personale idoneo e formato in medicina delle catastrofi:  
Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Educatori, Assistenti sociali, Volontari ed altro personale di supporto con formazione nel settore. Si dovrà tener conto del contesto generale e del tipo di catastrofe per adattare i mezzi disponibili al fine di ottenere un intervento psichiatrico quanto più possibile qualificato ed adeguato alla situazione catastrofica.
- Creazione di mappe precostituite per conoscere le aree di vulnerabilità: persone a rischio, portatori di handicap e pazienti psichiatrici.
- Applicazione di triage in ambienti a rischio (istituti per anziani, comunità terapeutiche, ospedali ed aree ad alta densità di persone a rischio).
- Selezione di personale da utilizzare in caso di catastrofe.



---

## SCHEDA DI TRIAGE PSICHIATRICO

La scheda di triage psichiatrico identifica la classe di gravità del paziente, per una migliore organizzazione nel primo soccorso e la priorità del trasporto.

Nella scheda dovranno esserci i seguenti dati:  
generalità, classe di priorità, ipotesi diagnostica, eventuali interventi terapeutici ed eventuale destinazione del paziente.

Il cartellino dovrà riportare, per convenzione, un contrassegno di forma quadrata con sfondo bianco, riportante la lettera greca Psi (  $\psi$  ) con associato codice numerico da 1 a 3 corrispondente alla classe di priorità:

- ❖ Psi 1 (  $\psi$ 1 ) lieve
- ❖ Psi 2 (  $\psi$ 2 ) intermedia
- ❖ Psi 3 (  $\psi$ 3 ) grave

**Feriti anonimi e non in grado di fornire generalità, verranno fotografati con macchina a sviluppo istantaneo, e le loro foto saranno inviate al Centro d'Informazione per eventuale riconoscimento da parte di familiari e/o conoscenti.**

## L'OPERATORE PSI IN

### Cantiere

Accompagna i soccorritori ed interviene a richiesta

Collabora a prevenire situazioni di allarme/panico individuali/collettive

### P.M.A.

Si affianca ad équipe sanitarie d'urgenza

### C.P.E.

Opera in maniera specialistica

Provvede a sollevare da incombenze di competenza psichiatrica i cantieri ed i P.M.A.

## RISPETTO AL TRIAGE PSICHIATRICO, L'OPERATORE PSI:

Interviene spontaneamente individuando situazioni di Psi 3/Psi 2  
Calma ed aiuta a rinviare Psi 1

Provvede ad ospitare al meglio Psi 3 e Psi 2

### Effettua triage

Evita coinvolgimento di altri sanitari per Psi 3/Psi 2

Provvede ad inviare Psi 3 e (se indispensabile) Psi 2 a (nell'ordine)

- C.P.E.
- Case di Cura extra catastrofe
- S.P.D.C. urbano (il meno possibile)

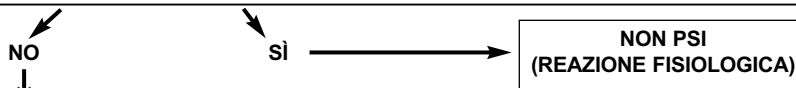
Coordina attività di supporto territoriale a vittime e soccorritori

# REGIONE PIEMONTE PROTEZIONE CIVILE

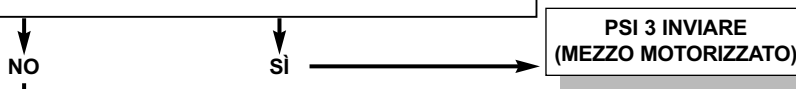
## SCHEDA TRIAGE PSICHIATRICO SUL CANTIERE

N° PROGRESSIVO _____	<b>PSICHIATRIA</b>	SOCCORRITORE _____			
DATA ____/____/____	ORA _____	LUOGO DI RITROVAMENTO _____			
COGNOME _____	NOME _____	M	F		
DATA DI NASCITA ____/____/____	LUOGO DI NASCITA _____				
EVENTUALI SEGNI DI RICONOSCIMENTO _____					

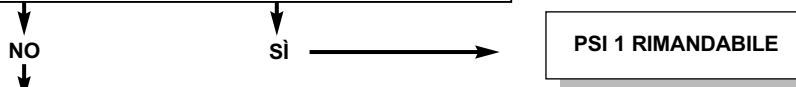
IL PAZIENTE HA COMPORTAMENTI ADEGUATI ALLA SITUAZIONE TENENDO CONTO DEL CONTESTO?



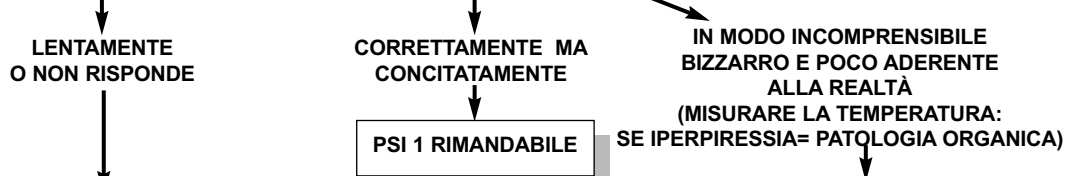
È DI OSTACOLO AI SOCCORRITORI E/O ALLE OPERAZIONI DI SOCCORSO?



ESEGUE / ACCETTA ORDINI SEMPLICI?  
(ESCLUDERE SORDITÀ ED INGESTIONE DI SOSTANZE - ALCOOL)



A DOMANDE SEMPLICI COME RISPONDE?  
(ESCLUDERE SORDOMUTISMO)



VESTE O HA UN ASPETTO NON ADATTO O BIZZARRO, TENENDO CONTO DELLA SITUAZIONE?



TRIAGE SOCCORRITORI	NON PSI	PSI 1 RIMANDABILE	PSI 2 INVIARE	PSI 3 INVIARE	NON EFFETTATO
INVIO	P.M.A.	C.P.E.	OSPEDALE	ALTRO	
MEZZO DI TRASPORTO	MEZZO MOTORIZZATO (PSI3, PSI2)			ALTRO	
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	TAVOR FL EN FL	FARG ESSE FL TALOFEN FL	TRITTICO FL	ALTRO FARMACO	CONTENZIONE FISICA

**REGIONE PIEMONTE PROTEZIONE CIVILE**  
**SCHEDA TRIAGE PSICHIATRICO P.M.A., C.P.E., OSPEDALE**  
**SI PREGA DI RIEMPIRE UNA DELLE DUE FACCIATE**  
**TRIAGE MEDICO**

N° PROGRESSIVO		<b>PSICHIATRIA</b>			DOTTOR _____		
SEDE	P.M.A.	C.P.E.	OSPEDALE		DATA ORA ____/____/____		
<b>MODALITÀ DI ARRIVO</b>		MEZZO MOTORIZZATO		ALTRO			
PROVENIENZA	CANTIERE	P.M.A.	C.P.E.	OSPEDALE		ALTRO	
COGNOME			NOME			M	F
DATA DI NASCITA ____/____/____			LUOGO DI NASCITA				
<b>EVENTUALI SEGNI DI RICONOSCIMENTO</b>							
<b>TRIAGE SOCCORRITORI</b>	NON PSI		PSI 1	PSI 2	PSI 3	NON EFFETTUATO	
<b>TRATTAMENTO FARMACOLOGICO PRECEDENTEMENTE ESEGUITO</b>	BDZ .....		NLT .....		ALTRO	CONTENZIONE FISICA	
	CP	GTT FL	CP	GTT FL	.....	Sì/NO	

**PSI 3 (GRAVE)**

- Reazione confusionale
- Grave alterazione comportamentale, stato delirante acuto con alterazioni comportamentali
- Alterazione del tono dell'umore con sintomi psicotici o e depressione agitata
- Stato isterico con crisi dissociativa
- Agitazione psicomotoria anche con aggressività etero o autodiretta
- Crisi di panico protratto
- Fuga ed erratismo
- Bambini in condizione di panico senza parenti
- Intossicazione da farmaci e stupefacenti

**PSI 2 (INTERMEDIA)**

- Ritiro catatonico
- Stato allucinatorio o delirante non agito
- Stato depressivo non agitato
- Stato ansioso con disagio grave, reazione post traumatica
- Crisi converseive senza disturbi comportamentali, crisi somatizzanti

**PSI 1 (LIEVE)**

- Ansia o tristezza eccessive, sentimenti di paura o disagi soggettivi gravi
- Anoressia
- Disturbi del sonno grave
- Abuso di sostanze
- Lievi alterazioni e modifiche della condotta, nelle relazioni interpersonali, nella cura personale
- Lievi disturbi della memoria, della percezione, di funzioni cognitive
- Lievi sintomi somatici o disturbi motori in assenza di evidenza medica di problemi organici

<b>TRIAGE MEDICO PSICHIATRICO</b>	PSI 1		PSI 2	PSI 3	NON EFFETTUATO		
<b>TRATTAMENTO FARMACOLOGICO</b>	BDZ CP GTT FL	NLT CP GTT FL	R.T.		S.S.R.I.		ALTRO
<b>INDICAZIONI TERAPEUTICHE</b>	RICOVERO	T. FARMACOLOGICA	T.PSICOLOGICA	<b>DIMESSO</b>	Sì	NO	
<b>INVIO</b>	C.S.M.	OSPEDALE		CASA DI CURA		ALTRO	
<b>MEZZO DI TRASPORTO</b>	AMBULANZA		ALTRO MEZZO MOTORIZZATO			ALTRO	

**REGIONE PIEMONTE PROTEZIONE CIVILE**  
**SCHEDA TRIAGE PSICHIATRICO P.M.A., C.P.E., OSPEDALE**  
**SI PREGA DI RIEMPIRE UNA DELLE DUE FACCIATE**

N° PROGRESSIVO		<b>PSICHIATRIA</b>	OPERATORE INFERMIERE ALTRO.....		
SEDE	P.M.A.	C.P.E.	OSPEDALE		DATA ____/____/____ ORA
MODALITÀ DI ARRIVO		MEZZO MOTORIZZATO		ALTRO	
PROVENIENZA	CANTIERE	P.M.A.	C.P.E.	OSPEDALE	ALTRO
COGNOME			NOME		M    F
DATA DI NASCITA ____/____/____			LUOGO DI NASCITA		
<b>EVENTUALI SEGNI DI RICONOSCIMENTO</b>					
TRIAGE SOCCORRITORI	NON PSI	PSI 1	PSI 2	PSI 3	NON EFFETTUATO
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO PRECEDENTEMENTE ESEGUITO	BDZ ..... CP   GTT   FL	NLT ..... CP   GTT   FL	ALTRO .....		CONTENZIONE FISICA  Sì/No

**PSI 3 (GRAVE)**

- Profferisce parole senza senso, ripete frasi sconnesse, perde l'orientamento
- Esprime delle convinzioni irrealistiche riguardanti se stesso, i suoi familiari e si comporta di conseguenza
- Vede o sente persone o situazioni non percepite da altri
- È eccitato, vuole aiutare senza essere utile impedendo ogni possibilità di soccorso
- Piange, grida, ha paura
- Minaccia o mette in atto comportamenti pericolosi per sé, attacca oggetti o persone senza motivi
- Scappa e vaga senza sapere dove andare
- Bambini spaventati senza parenti

**PSI 2 (INTERMEDIA)**

- È triste, non parla, piange
- È immobile o atteggiato in posizioni rigide
- È ansioso, molto sofferente, ha reazioni emotive gravi e comportamenti imprevedibili
- Si sente male, si sente svenire, sembra incapace di reagire
- Lamenta dolori diffusi, difficoltà fisiologiche, dolori addominali, crisi emicraniche ecc.

**PSI 1 (LIEVE)**

- Ansia o tristezza eccessive o è molto spaventato
- È inappetente
- È insonne, ha difficoltà ad addormentarsi
- Comportamenti inusuali anche con i suoi parenti
- Non cura l'igiene personale
- È distratto, inconcludente, non ricorda
- Il soggetto lamenta cefalea, bruciore allo stomaco, ecc
- Il soggetto fa fatica a muoversi, lamenta dolori articolari o muscolari, in assenza di traumi o ferite

TRIAGE MEDICO PSICHIATRICO	PSI 1	PSI 2	PSI 3	NON EFFETTUATO		
TRATTAMENTO FARMACOLOGICO	BDZ CP   GTT   FL	NLT CP   GTT   FL	R.T.	S.S.R.I.	ALTRO	
INDICAZIONI TERAPEUTICHE	RICOVERO	T. FARMACOLOGICA	T.PSICOLOGICA	DIMESSO	Sì	NO
INVIO	C.S.M.	OSPEDALE	CASA DI CURA	ALTRO		
MEZZO DI TRASPORTO	AMBULANZA	ALTRO MEZZO MOTORIZZATO		ALTRO		

---

## 8 APPROCCIO FARMACOTERAPICO ALLE VITTIME DI EVENTI CATASTROFICI

**Il trattamento farmacologico deve essere effettuato da personale sanitario.**

**Nell'area dell'evento, per i codici Psi 3** esso deve limitarsi all'uso di **Ansiolitici** da parte del personale delle ambulanze e Croce Rossa Italiana.

Laddove esse siano controindicate (pazienti con problemi cardio-respiratori, anziani, pazienti intossicati con alcool e sostanze da abuso), si consigliano gli psicofarmaci più maneggevoli, con i quali è ottenibile la sedazione o un buon effetto ansiolitico:

- **Talofen 50 mg im**
- **Farganesse 50 mg**
- **Trittico 50 mg im** (negli stati di agitazione degli anziani)

**Nel PMA** i medici e/o gli infermieri effettueranno una prima valutazione clinica, attraverso visita medica e neurologica, per escludere evidenti cause organiche.

**Nei codici Psi 3 nel PMA** inizia la **Rapida tranquillizzazione**, che continuerà nelle stazioni successive, sotto controllo di personale specializzato.

**Nei codici successivi**, distinguiamo un trattamento di primo livello da effettuare nel PMA, con ansiolitici ed un successivo trattamento con psicofarmaci più specifici, in particolare gli SSRI.

**Psi 3**

**CANTIERE**

**ANSIOLITICI**

**DIAZEPAM  
(VALIUM)**

*Lunga durata*

10 mg

i.m.

e.v. in soluzione fisiologica

**CLORDEMETILDIAZEPAM  
(EN)**

*Durata intermedia*

5 mg

i.m.

e.v. in soluzione fisiologica

**LORAZEPAM  
(TAVOR)**

*Breve durata*

4 mg

i.m.

e.v. in soluzione fisiologica

**EVENTUALMENTE RIPETERE DOPO UN'ORA**

**+**



**DURATA**

**Se controindicazione agli ansiolitici**

**PROMETAZINA  
(FARGANESSE)**

50 mg

i.m.

**PROMAZINA  
(TALOFEN)**

50 mg

i.m.

**TRAZODONE  
(TRITTICO)**

*anziani*

50 mg

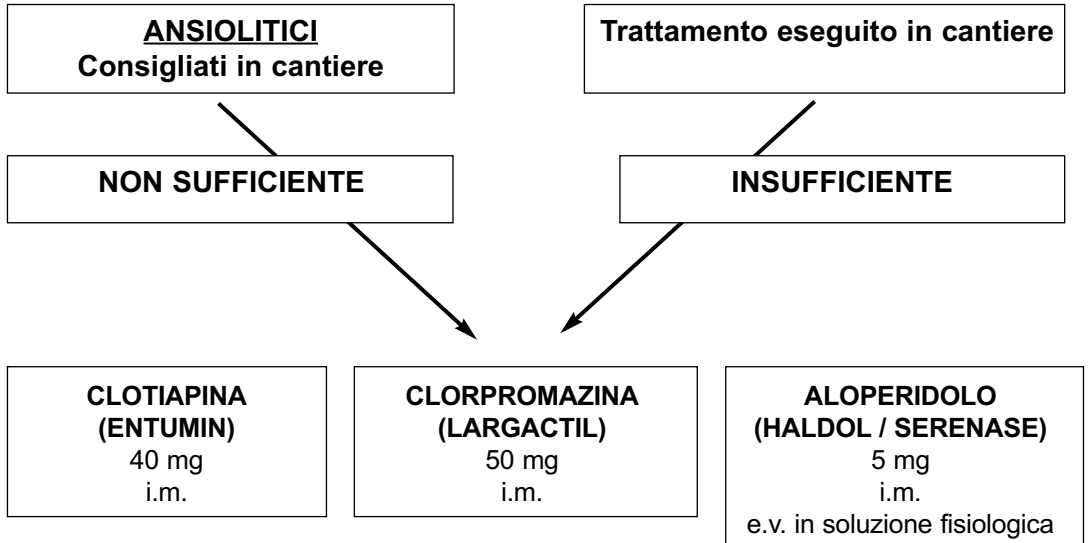
i.m.

**SI SCONSIGLIANO INTERVENTI PIÙ MIRATI**

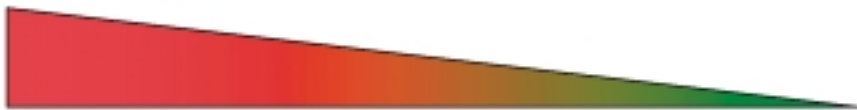
salva decisione dello specialista e possibilità di osservazione sino al C.M.E.

**Psi 3**

**POSTO MEDICO AVANZATO**



**+**



**-**

**RAPIDITÀ D'AZIONE**

**NON ESEGUIRE UNA TRANQUILLIZZAZIONE RAPIDA NEL P.M.A.  
SE NON SI È CERTI DI UNA EVACUAZIONE CELERE E DELLA  
POSSIBILITÀ DI MONITORIZZARE IN CONTINUO**

**Psi 3**

**CENTRO MEDICO DI EVACUAZIONE E SUCCESSIVE SEDI**

**ANSIOLITICI**

Come in cantiere

**CONSIGLIATO**

**NEUROLETTICI**

Come in P.M.A.

**INSUFFICIENTE**

**SE INDISPENSABILE INTERVENTO INCISIVO**

**TRANQUILLIZZAZIONE RAPIDA**

**CON NEUROLETTICI**

**ALOPERIDOLO  
(HALDOL / SERENASE)**

2,5 – 5 mg  
e.v.

+

**LORAZEPAM  
(TAVOR)**

2 – 4 mg  
e.v.

in soluzione fisiologica  
ogni 30 minuti/1 ora

**CLORPROMAZINA  
(LARGACTIL)**

50 mg  
i.m.

+

**PROMETAZINA  
(FARGANESSE)**

50 mg  
i.m.

o

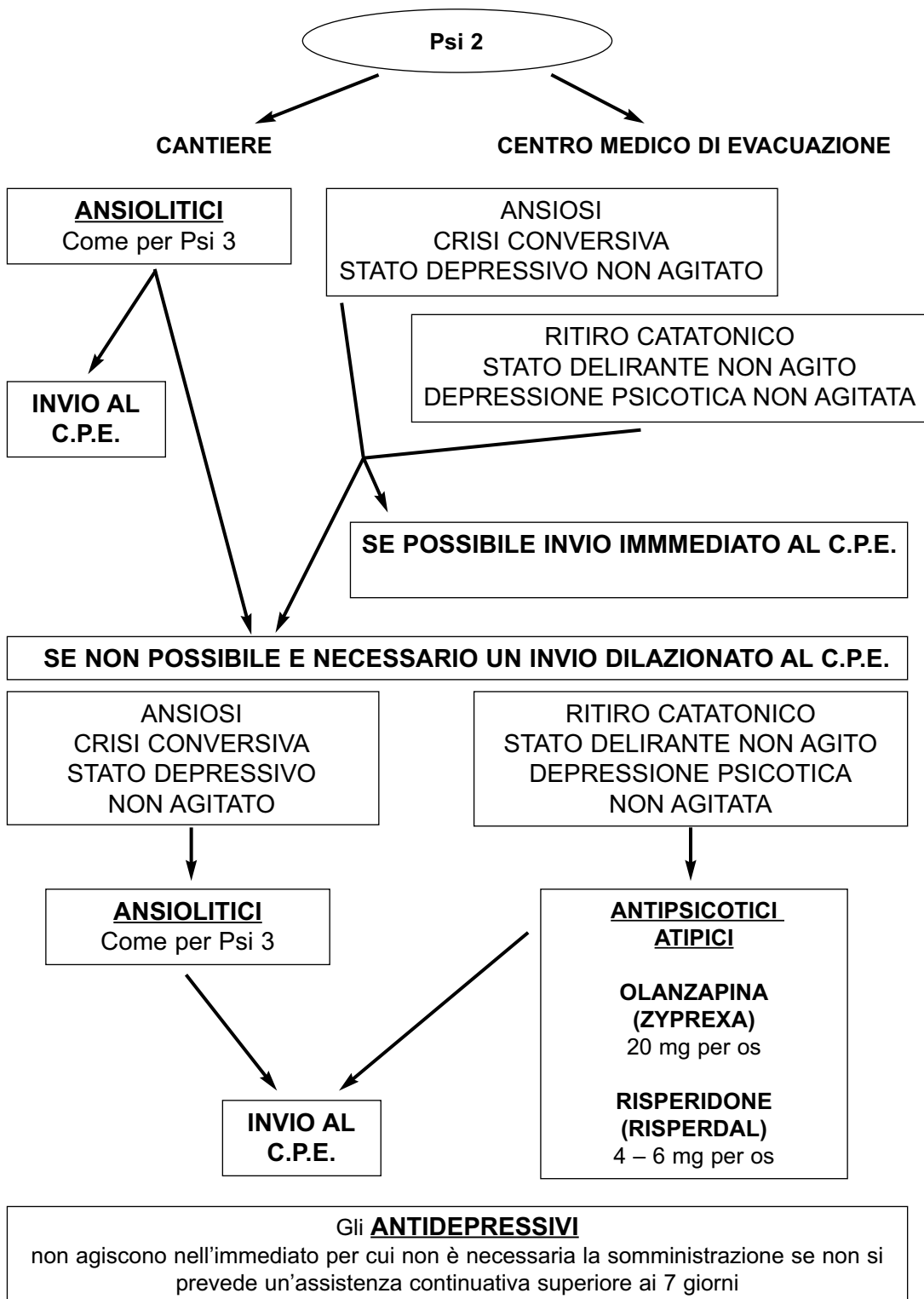
**BENZODIAZEPINE**

**CON ANTIPSICOTICI ATIPICI**

**OLANZAPINA (ZYPREXA) \***  
20 – 30 mg per os

**RISPERIDONE (RISPERDAL) \***  
4 – 6 mg per os

*\* preparazione iniettabile presente in Italia dal 2004*



**Gli ANTIDEPRESSIVI**

non agiscono nell'immediato per cui non è necessaria la somministrazione se non si prevede un'assistenza continuativa superiore ai 7 giorni

**Psi 2**

**SITUAZIONI DEPRESSIVE**

**NON TRATTABILI IN C.P.E. O STRUTTURA  
SPECIALISTICA PRIMA DI SETTE GIORNI**

**CON COMPONENTE ANSIOSA**

**SENZA COMPONENTE ANSIOSA**

**ANSIOLITICI**  
**LORAZEPAM**  
**(TAVOR)**

Breve durata  
4 mg  
i.m.

e.v. in soluzione fisiologica

**ALPRAZOLAM**  
**(XANAX)**

5 mg per os

**TRAZODONE**  
**(TRITTICO)**

50 mg  
i.m.

e.v. in soluzione fisiologica

**+**

**ANTIDEPRESSIVI SSRI**  
**CITALOPRAM**

**(ELOPRAM, SEROPRAM)**

20 mg  
i.m.

e.v. in soluzione fisiologica  
20 - 40 mg per os

**SERTRALINA**  
**(ZOLOFT)**

150 mg per os

**ALTRI ANTIDEPRESSIVI**

**TRAZODONE**  
**(TRITTICO)**

50 mg  
i.m.

e.v. in soluzione fisiologica

**CLOMIPRAMINA**  
**(ANAFRANIL)**

25 mg

e.v. in soluzione fisiologica

**ANSIOLITICI**  
**LORAZEPAM**  
**(TAVOR)**

5 - 10 mg per os

**ALPRAZOLAM**  
**(XANAX)**

1 - 3 mg per os

---

**Psi 1**

CONTATTI INTERPERSONALI PSICOTERAPEUTICI

COINVOLGIMENTO A BASSA RESPONSABILIZZAZIONE IN ATTIVITÀ LOGISTICHE  
DI COMUNICAZIONE, DI PICCOLO TRASPORTO, DI RIPARAZIONE...

**AL BISOGNO**

**ANSIOLITICI**  
**LORAZEPAM**  
**(TAVOR)**

Breve durata  
4 mg  
i.m.

e.v. in soluzione fisiologica

**ALPRAZOLAM**  
**(XANAX)**

5 mg per os

**TRAZODONE**  
**(TRITTICO)**

50 mg



---

## **SEZIONE ESPLICATIVA**



---

# ASPETTI PRELIMINARI ALL'INTERVENTO PSICHIATRICO IN EVENTI CATASTROFICI

## SEMEIOLOGIA PSICHIATRICA DA ADOTTARE NELL'AREA DELL'EVENTO

Il campo oggetto di valutazione in un evento catastrofico è senza alcun dubbio quello delle emozioni e di come esse si esprimono attraverso l'affettività, il comportamento ed il linguaggio.

Si è cercato di enucleare dalla semeiologia psichiatrica i segni più che i sintomi legati agli stati emotivi. Infatti i segni sono dati osservabili, mentre i sintomi sono esperienze soggettive descritte dai pazienti. I soccorritori devono essere in grado di rilevarli, così come devono essere in grado di stabilire se le vittime necessitano di un intervento sanitario d'emergenza non psichiatrico.

Nel corso di eventi catastrofici, distinguiamo le seguenti reazioni emotive:

- 1) Reazioni emotive effimere immediate o tardive
- 2) Reazioni emotive durature
- 3) Reazioni psicotiche
- 4) Delirium

Per quel che riguarda le prime due il parametro che le distingue è quello della temporalità, ovvero della comparsa dello stato emotivo durante l'evento o a distanza di tempo, e quello della durata. Le reazioni emotive più comuni sono l'ansia, la paura, l'agitazione, l'ambivalenza, la vergogna e la colpa. Esse sono osservabili dagli altri se si esprimono attraverso l'affettività, il comportamento ed il linguaggio. I segni ed i sintomi di più frequente riscontro in un evento catastrofico sono riportati nella parte esplicativa, a cui si rimanda. Cap. 2, da pag. 88.

Se lo stato emotivo è di breve durata è verosimile che si risolva nell'area del cantiere, senza alcun intervento specifico o invio alle stazioni successive. Se invece esso richiede un intervento, questo potrebbe consistere in energiche e rassicuranti parole dei soccorritori, sufficienti a riportare la vittima ad una ripresa di una coscienza lucida ed alla possibilità di essere reintegrato nelle operazioni di soccorso, in modo che collabori e non sia d'intralcio.

Se ciò non è sufficiente si configura un codice di priorità con cui il paziente viene inviato al P.M.A., al C.P.E. e solo in caso di impossibilità d'intervento al DEA dell'Ospedale raggiungibile.

In presenza invece di reazioni emotive durature il paziente viene inviato alle strutture successive.

Oltre alla presenza di segni e sintomi, vi sono altri importanti elementi che devono guidare l'attribuzione del codice di priorità:

- ◆ la riduzione della capacità del paziente di fronteggiare la situazione di stress (coping)
- ◆ la conseguente ridotta autonomia

- 
- ◆ il rischio di creare situazioni di pericolo
  - ◆ la ridotta capacità di critica e di giudizio
  - ◆ un forte intralcio alle operazioni di soccorso e di pronto intervento

Questi pazienti vengono inviati alle stazioni successive dove verrà effettuato un triage psichiatrico da operatori specializzati, in cui i segni e i sintomi individuati nell'area dell'evento potranno essere inseriti nei diversi quadri psicopatologici e ricevere le risposte più appropriate, in base all'appartenenza ad una delle tre classi di priorità, vedi pagine 107-109 "Classi di priorità e tipo di invio".

---

## INTERVENTO

Le catastrofi comportano disagi drammatici che possono compendiarsi nelle limitazioni, talvolta totali, di spazio (crolli, frane...), di tempo (per operare soccorsi tempestivi, per mettersi in salvo...), di mobilità (arrivo dei soccorsi, possibilità di allontanarsi...), di strumenti (ambulanza, macchine movi-terra, luoghi ove intervenire medicalmente...).

Queste situazioni hanno sempre un risvolto emotivo che condiziona le vittime dirette, quelle indirette (dai parenti ai fruitori di servizi, ad es. elettricità, acqua...), i soccorritori sul posto e lontani, il che a sua volta comporta da parte di chiunque la necessità di procedere a scelte, spesso poco ponderate e quindi sulla base di probabilità, talvolta le meno peggiori. Alcune scelte possono dimostrarsi disfunzionali, operate sulla base di una distorsione emotiva. Queste scelte, ivi compresa l'assenza di scelte, ad esempio un soggetto paralizzato dalla paura, comportano spesso la necessità di un intervento da parte di operatori della salute mentale.

Questo può essere analogo al "triage" di selezione immediata di quale vittima assistere, abbandonare o rinviare, compiuto dai soccorritori medico - chirurgici, laddove il criterio è purtroppo e necessariamente di soccorrere il maggior numero di soggetti che hanno probabilità di essere salvati in tempi compatibili con mezzi e situazione, e il contestuale abbandono / differimento di casi, forse più gravi, ma che monopolizzerebbero le poche risorse disponibili.

Nel caso della psichiatria il concetto di "triage" è parzialmente diverso; oltre alla selezione di soggetti in crisi e all'evitamento di una crisi subentrante vi deve essere la consapevolezza di operare in modo da non rendere più difficile l'intervento dei soccorritori coinvolti in situazioni non dilazionabili, per intenderci "di vita o di morte".

Un soggetto che si aggira in stato confusionale tra feriti, infermieri, medici deve essere, seppur nel rispetto della dignità personale, messo in condizione di non ostacolare interventi d'urgenza. Può sembrare affermazione cinica, ma è indubbio che in situazioni di catastrofe lo psichiatra debba abbandonare transitoriamente la sua naturale disposizione a prendere tempo ed effettuare un "triage" che tenga conto della urgenza psicopatologica, ma contemporaneamente facilitare il più possibile le operazioni di soccorso per danni fisici e materiali.

Non si vuole con questo trascurare che anche i soggetti psichiatrici sono dei malati ma soltanto che le loro particolari caratteristiche determinano interventi tecnici e umani specifici e che, talvolta, la loro maggior incapacità di adattamento a condizioni oggettivamente anomale può rendere necessario un intervento sul comportamento. Questo atteggiamento costringe lo psichiatra contemporaneo ad un transitorio cambiamento ideologico (tempo e disponibilità sono essenziali in Psichiatria) e quindi cambiamento operativo.

Lo psichiatra dovrà quindi decidere se intervenire, selezionare, allontanare o anche differire il proprio intervento ("Triage") in base alla condizione attuale o possibile nell'immediato delle persone che osserva, ma anche in base alla collocazione che possono assumere nelle varie fasi della catastrofe e del post catastrofe.

Il tecnico dovrà anche intervenire sui soccorritori, in caso di necessità, di "burn out" (cioè di svuotamento emotivo e demotivazione) o di rischio di scompenso, oltre, naturalmente, a fornir loro a suo tempo una preparazione personale e tecnica alle catastrofi e a procedere ad una eventuale selezione di idoneità psico-emotiva al soccorso.

---

Anche questo ultimo punto potrebbe sollevare sospetti d'ingerenza o peggio, ma dobbiamo essere tutti consapevoli che una catastrofe non solo non è da chiunque affrontabile come soccorritore ma che i processi decisionali sono sempre influenzati dagli stati emotivi e che la selezione deve proprio operare su persone idonee a ridurre al massimo la distorsione emotiva, che ripetiamo, è quasi sempre inevitabile.

---

## SIGNIFICATO E RUOLO DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO PSICHIATRICO

È indispensabile essere consapevoli che le vittime di una catastrofe, a differenza di quelle fisiche o materiali, potranno ritenere di non aver bisogno di supporto psicologico e non richiederanno questo tipo di intervento e giungere al punto di rifiutare qualunque tipo di assistenza.

Il soccorritore deve essere consapevole dell'esistenza di uno stigma, di pregiudizi, nei confronti dei soggetti psichiatrici e quindi per estensione di un timore di essere stigmatizzato se si accetta un intervento psichiatrico.

Diventa quindi importante prima di assumere atteggiamenti rigidi (in generale da sconsigliarsi vivamente) individuare aspetti realistici di tali sentimenti e nel contempo la capacità individuale (attenti al contagio di opinioni) di elaborazione e di valutazione da parte delle vittime della situazione. Alcune modalità semplici di comunicare sono elencate sia nella parte operativa sia al fondo di questo paragrafo (vedi cap. V, pagine 60-62).

A queste paure vanno a sommarsi quelle più generiche, soprattutto negli anziani, di essere allontanati (il vissuto è di esserlo per molto tempo quando non per sempre) senza possibilità di ritorno sul posto ove hanno le radici, in particolare se ciò possa derivare da una decisione di un operatore della salute mentale (il popolare "sono mica matto"). Questa situazione può essere complicata da pregresse esperienze e quindi da fatti in cui si è stati realmente coinvolti e che talora possono essere ingigantiti dal rinnovarsi di tale esperienza. Risulta quindi sempre utile **tentare** d'instaurare un dialogo sul piano di realtà: sul pregiudizio ad es. accertandosi se non vi siano stati parenti o conoscenti colpiti dalla stigmatizzazione; sul **timore di evacuazione**: le esperienze pregresse e gli allontanamenti eventualmente subiti sia fisicamente sia di persone a loro vicine.

Altra situazione che potrebbe configurarsi come emergenza psichiatrica è rappresentata dal possibile sviluppo da parte delle vittime di rabbia verso i soccorritori o, per converso di angoscia di loro abbandono.

Anche in questo caso è indispensabile una veloce analisi sul piano di realtà; quanto la rabbia nasca da ritardi o inefficienza dei soccorsi attuale o pregressa e quanto realistica sia la possibilità che i soccorritori debbano trascurare alcune situazioni per privilegiare altre più urgenti.

Qualora si avverta che una o più vittime, pur non rappresentando al momento un'urgenza sono passibili di diventarlo risulta indispensabile:

- 1) riconoscere il rischio e segnalarlo sul cartellino d'identificazione;
- 2) riportare il luogo di possibile reperibilità di operatori psichiatrici per un successivo contatto.
- 3) segnalare la situazione potenziale ad un congiunto, indicando chiaramente i luoghi di raduno e/o quelli di pertinenza psichiatrica.

Infine alcuni soggetti potrebbero sviluppare e agire l'aggressività, sia in assenza di patologia psichiatrica pregressa sia perché portatori (perlopiù) di sindrome paranoide, borderline, episodio delirante acuto, crisi di conversione isterica.

Si raccomanda, almeno per un primo approccio:

- 1) parlare con voce calma, lentamente;
- 2) non fissare negli occhi la persona;
- 3) atteggiare il viso a serenità ma non sorridere o peggio avere un atteggiamento ilare;

- 
- 4) descrivere ogni possibile iniziativa e gesto e, se in presenza di altri, farlo come descrivendo loro ogni propria azione;
  - 5) individuare la giusta distanza fisica dalle vittime in preda a rabbia e/o angoscia (tra 1 e 2 m di distanza).

Rammentare che in ogni caso, oltre l'aiuto ai soggetti, è indispensabile coadiuvare i soccorritori e facilitarne l'operato. Ad esempio dinanzi ad atteggiamenti aggressivi e compromettenti le operazioni d'urgenza bisogna ridurre il potenziale ostacolo e/o pericolo.

---

## CARATTERISTICHE GENERALI DELL'INTERVENTO

Come espresso nell'operatività di pg. 23 rammentare che le rassicurazioni infondate vanno utilizzate solo in casi estremi, quando si ha la percezione che in loro mancanza le condizioni di ansia, panico, paura contagiosa possano aggravarsi. Infatti le rassicurazioni con scarso fondamento, al momento della loro eventuale smentita possono indurre "effetti rimbalzo" accompagnate ad una sfiducia generalizzata sui soccorritori.



---

# I LA CATASTROFE

## LA CATASTROFE: IL “TRAUMA COLLETTIVO”

In caso di catastrofe si partecipa ad un “**trauma collettivo**” che comporta un’intricata interazione tra risposta psicologica e cultura, intesa questa come un contesto di simboli e significati che gli uomini creano e ricreano, durante un processo di interazione sociale.

Gli **elementi caratterizzanti un trauma collettivo** comprendono l’aspetto individuale riferito alla identificazione di gruppo. Si tratta quindi della reazione ad una perdita, ad un lutto, ad una separazione aggravata da un rischio di un **affievolirsi di una identità di appartenenza ad un gruppo sociale**.

Quindi l’evento colpisce l’individuo con effetti immediati (reazione acuta) o dilazionati (disturbo post - traumatico da stress), effetti i quali sono dipendenti dal timore o dalla reale possibilità di sentirsi privato di qualche elemento costitutivo della propria identità sociale.

*Ad esempio:*

le vittime di un disastro ambientale possono, rifiutando di evacuare una zona disastata, difendere così una propria identità, già messa a rischio dalla reazione singola, in qualche modo tentando di proteggere le proprie radici territoriali.

Invece nel corso di guerre tra etnie, ove l’una tenta di far scomparire l’altra, e quindi la colpa è esclusivamente legata all’essere membro di tale etnia, il soggetto viene a perdere oltre ai beni materiali, ogni senso di appartenenza, vale a dire si assiste ad una totale sottrazione dell’identità.

Si osservi inoltre che questa perdita può emergere a distanza di anni. Molte vittime della Shoa hanno maturato forti sensi di colpa per l’esser sopravvissuti, identificazione con l’aggressore, rivolgimento contro il Sé, impotenza sino a spingersi al suicidio.

È quindi indispensabile, nei trattamenti post traumatici, tener in conto i problemi dell’identità e delle ferite narcisistiche nonché questo non appieno compreso meccanismo di identificazione della vittima con l’aggressore.



---

## II LE VITTIME: L'IMPATTO SULLA PSICHE

### L'IMPATTO SULLA PSICHE: RISPOSTE EMOTIVE E PSICOLOGICHE AL DISASTRO

La morbilità e la mortalità da patologia psichiatrica dipende dal tipo di disastro, dal grado di danno patito, dall'esposizione al rischio di morte, dalla durata dell'evento traumatico, da aspetti della personalità dell'individuo, dall'impatto sulle sue risorse materiali ed affettive, dal rinforzo dato dalle nuove esperienze...

I comportamenti e le risposte psicologiche ai disastri non sono casuali; frequentemente hanno una struttura e un decorso prevedibili. È tuttavia controversa la possibilità d'individuare dei sintomi prognostici, così come non è ancora del tutto accettata l'ipotesi dell'utilità di operatori della salute mentale "sul posto".

Tuttavia, data la frequenza dei disturbi post-traumatici dopo catastrofi (si ritiene che rappresentino il 35% degli scampati al crollo delle torri gemelle) pare opportuna una presenza tempestiva di operatori di Salute Mentale per interventi sia immediati sulle vittime ed eventualmente sui soccorritori sia anche di natura preventiva

Prima di arrivare al **modello del disturbo post-traumatico da stress**, che vuole rappresentare un sistema di classificazione unitaria di patologia post-traumatica delineato verso gli anni '70, in seguito a studi sui veterani del Vietnam, ricordiamo che durante la prima guerra mondiale si parlò di "shock da scoppio" e durante la seconda di "nevrosi di guerra". In realtà i primi studi sono di origine Inglese e statunitense in seguito a disastri ferroviari della seconda metà dell'ottocento e scoppi di un gasdotto.

Alcuni studi recenti dimostrano che gli effetti psicologici di un grave trauma possono ripercuotersi sui discendenti delle vittime con effetti lesivi sulla personalità con ricadute transgenerazionali attraverso le modalità di attaccamento che si trasmettono da genitore a figlio. "Il PTSD può durare una vita: legato alla difesa dissociativa, frattura il Sé e condiziona le modalità di attaccamento con conseguenze devastanti sui propri figli" (*F. De Zulueta*).

In uno studio sui combattenti nell'esercito israeliano durante la guerra contro il Libano, è stato dimostrato che i figli delle vittime dell'Olocausto presentavano un più alto tasso di PTSD rispetto al gruppo di controllo, suggerendo una loro più alta vulnerabilità psicologica e/o fisiologica (*Solomon et al.*).

Horowitz osservò che le vittime del trauma oscillano tra la negazione dell'evento e la sua ripetizione compulsiva attraverso flashback o incubi, e identificò otto risposte psicologiche comuni che conseguono ad un grave trauma:

1. dolore o tristezza
2. colpa per i propri impulsi di rabbia o distruttivi
3. paura di diventare distruttivi
4. sentimenti di colpa per essere sopravvissuti
5. paura di identificarsi con le vittime
6. vergogna rispetto al sentimento di impotenza e di vuoto
7. paura di ripetere il trauma
8. intensa rabbia diretta verso la fonte del trauma.

---

## RISPOSTE EMOTIVE E PSICOLOGICHE AL DISASTRO: MECCANISMI DI DIFESA PSICOLOGICI

È importante tenere presente che la risposta allo stress dell'individuo è in un primissimo tempo di tipo adattativi con una reazione psichica e biologica deputate a favorire uno stato di "allerta" e di aggressione/fuga con similitudini alla reazione di allerta degli studi etologici sugli animali (accelerazione del battito cardiaco e del respiro, vasodilatazione, aumento dell'attività corticosurrenlica...).

A livello psicologico questo si traduce in reazioni acute, immediate al trauma, es. con eccitazione o ipervigilanza. Tuttavia, l'intensità della reazione può diventare controproducente dettando comportamenti che inibiscono le facoltà decisionali e operative sino ad una vera e propria inibizione con paralisi, sintomi conversivi dallo svenimento al panico e fuga afinalistica.

Più complessi sono **meccanismi psichici di difesa** che hanno normalmente un ruolo di regolazione delle energie psichiche, tendono a mantenere un certo "equilibrio" psicologico (ad esempio collaborano allo smorzamento e talvolta alla soppressione di ricordi traumatici), sono inconsci (la persona non sa di attuarli), con effetti utili per il vivere quotidiano. Sono tuttavia meccanismi complessi, spesso rivolti a ridurre l'effetto di traumi psichici infantili e, se disarmonici, possono determinare dei sintomi patologici. Pur non essendo questa la sede per un approfondimento pare utile elencarli fornendone una sommaria descrizione.

(vedi cap. IV, pagine 98-99)

## FATTORI DI VULNERABILITÀ LEGATI ALLE CARATTERISTICHE DELLE VITTIME BREVE ANALISI DELLE FASCE DI ETÀ A RISCHIO

### BAMBINI

Sono più vulnerabili per l'im maturità del loro apparato mentale e per lo stretto legame di dipendenza dalla persona che li accudisce. I bambini piccoli hanno minore capacità di prevedere, evitare, dare un senso, o difendersi attivamente da esperienze di disastro. Può essere drammatica la lontananza dai genitori. Se mantengono la vicinanza con loro, possono sopportare più facilmente difficoltà, cambi di abitazione o di residenza.

Bisogna ricordare che i bimbi *non verbalizzano* il dolore o il disagio come gli adulti. Il dolore può essere mascherato. Possono invece esprimersi con attività figurative, simboliche quali il disegno, il gioco, i racconti immaginari.

Per converso possono presentare disturbi del sonno, enuresi, ansia, depressione, disturbi psicosomatici e disturbo post-traumatico da stress. Molti studi evidenziano come i bambini che riportano gravi lesioni fisiche sviluppano un PTSD.

In generale, tuttavia, il bimbo soffre dall'effettivo o immaginario abbandono, per cui è raccomandabile tendere a raggrupparli con la presenza di un adulto calmo, che non urla e che sia tollerante verso comportamenti di paura. Spesso è più utile cercare la collaborazione dei più grandicelli che intervenire in maniera pedagogica.

È sconsigliato fare leva sulla paura o cercare collaborazione fomentandola.

---

## ANZIANI

Sono a rischio per il declino delle abilità motorie e mentali, per la frequente condizione di solitudine sociale e per la presenza di possibili patologie organiche.

Generalmente sono legati particolarmente al luogo in cui vivono, alle proprie abitudini, a parametri temporo-spaziali limitati e ben definiti.

Bisogna prestare attenzione alla loro eventuale paura di essere evacuati e al legame che possono stabilire con certi oggetti.

L'anziano, dinanzi alle paure abbandoniche può regredire a stati infantili e, come con i bambini sono sconsigliati atteggiamenti aggressivi. Sono più efficaci atteggiamenti affettuosi e protettivi, badando alla raccolta di protesi che per lui possono essere essenziali (es.: occhiali, bastone, dentiera...).

### IMPATTO EMOTIVO: RISPOSTA INADEGUATA DISTURBI PSICHIATRICI

- Disturbi d'ansia:
  - Disturbo acuto da stress
  - Disturbo post-traumatico da stress
  - Disturbo da ansia generalizzata
  - Disturbo da attacco di panico
  - Disturbo d'ansia indotto da sostanze
  - Disturbo d'ansia dovuto a condizioni mediche
- Disordini dell'adattamento (Stress response syndrome)
- Depressione maggiore
- Disturbi da uso di sostanze e di alcool
- Disturbi del sonno
- Disturbo da somatizzazione
- Disturbi somatoformi e dissociativi
- Disturbi di personalità
- Disturbi mentali con causa organica:
  - trauma cranico, intossicazione, encefalopatia metabolica (da alterazione dell'equilibrio idrico per disidratazione)
- Disturbi mentali secondari ad altra malattia (nei feriti)
- Suicidio
- Atteggiamenti di violenza auto ed eterodiretti (contro i familiari)

---

**Tratto da A.P.A: American Psychiatric Association**  
**DISTURBO ACUTO DA STRESS**  
**(DSM IV TR= manuale diagnostico dei disturbi mentali)**

- A.** La persona è stata esposta ad un evento traumatico in cui erano presenti entrambi i seguenti elementi:
- 1) La persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno comportato la morte, o una minaccia per la vita, o una grave lesione, o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri
  - 2) La risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore
- B.** Durante o dopo l'esperienza dell'evento stressante, l'individuo presenta tre (o più) dei seguenti sintomi dissociativi:
- 1) Sensazione soggettiva di insensibilità. Distacco o assenza di reattività emozionale
  - 2) Riduzione della consapevolezza dell'ambiente circostante (per es. rimanere storditi)
  - 3) Derealizzazione
  - 4) Depersonalizzazione
  - 5) Amnesia dissociativa (cioè incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma)
- C.** L'evento traumatico viene persistentemente rivissuto in almeno uno dei seguenti modi: immagini, pensieri, sogni, illusioni, flashback, persistenti o sensazioni di rivivere l'esperienza; oppure disagio all'esposizione a ciò che ricorda l'evento traumatico
- D.** Marcato evitamento degli stimoli che evocano ricordi del trauma (per es. pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi, persone)
- E.** Sintomi marcati di ansia o di aumento arousal (per es. difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme esagerate, irrequietezza motoria)
- F.** Il disturbo causa disagio, clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti, oppure compromette la capacità dell'individuo di eseguire compiti fondamentali, come ottenere l'assistenza necessaria o mobilitare le risorse personali riferendo ai familiari l'esperienza traumatica
- G.** Il disturbo dura al minimo 2 giorni e al massimo 4 settimane e si manifesta entro 4 settimane dall'evento traumatico
- H.** Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale, non è meglio giustificato da un Disturbo Psicotico Breve e non rappresenta semplicemente l'esacerbazione di un disturbo preesistente di Asse I o Asse II

---

## Tratto e modificato da A.P.A: American Psychiatric Association DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS - (DSM IV TR)

- A.** La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
- 1) La persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri
  - 2) La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore  
**Nota:** nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.
- B.** L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno o più dei seguenti modi:
- 1) Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni.  
**Nota:** nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma
  - 2) Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.  
**Nota:** Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile
  - 3) Agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione).  
**Nota:** Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma
  - 4) Disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico
  - 5) Reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico
- C.** Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
- 1) Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
  - 2) Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
  - 3) Incapacità a ricordare qualche aspetto importante del trauma
  - 4) Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
  - 5) Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
  - 6) Affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore)
  - 7) Sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).
- D.** Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
- 1) Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
  - 2) Irritabilità o scoppi di collera
  - 3) Difficoltà a concentrarsi
  - 4) Ipervigilanza
  - 5) Esagerate risposte di allarme
- E.** La durata del disturbo (sintomi ai criteri B, C e D) è superiore a un mese.

---

**F.** Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

*Specificare se:* Acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi.

Cronico: se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

*Specificare se:* Ad esordio ritardato: se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

---

## **Disturbi dissociativi**

Hanno prevalente espressione psichica:

amnesia dissociativa, fuga dissociativa, disturbo dissociativo dell'identità, disturbo di depersonalizzazione.

## **Disturbi somatoformi**

Hanno prevalente espressione somatica:

somatizzazione, conversione ad es. astenia, paralisi motoria, contratture muscolari, disturbi sensoriali, neuro-vegetativi, algie diffuse.

## **Disturbi della personalità**

L'esperienza traumatica, specie se interviene in età infantile, può favorire lo sviluppo di alcuni lo sviluppo di disturbi della personalità, in particolar modo di quello borderline ed istrionico.

## **Comorbidità a disturbi da stress**

Si sono rilevati in associazione alle sindromi più specificamente correlate all'evento, anche:

- altri disturbi d'ansia:  
(disturbi di panico, disturbo d'ansia generalizzato, fobie...)
- disturbi dell'umore: depressione maggiore
- disturbi del comportamento alimentare
- abuso di alcool e di sostanze
- alterazioni della condotta
- episodi deliranti acuti.



---

## III IL DISAGIO PSICHICO NEI SOCCORRITORI

### GENERALITÀ

Il riconoscimento da parte della Psichiatria dell'importanza del trauma psichico risale all'ottocento ma è relativamente recente la consapevolezza di effetti duraturi e diffusi: è solo nel 1980 che nel DSM III viene introdotta la categoria del PTSD, in seguito all'osservazione dei reduci del Vietnam.

Prima di allora, a partire dallo stesso Freud, le varie ipotesi traumatiche hanno avuto sviluppi teorici particolari includendo tra queste anche le fantasie soggettive di trauma. Recentemente le ipotesi biologiche e alcune facilitazioni di natura costituzionale si sono affiancate a quelle intrapsichiche fornendo un quadro completo ma vieppiù complesso. Con il riconoscimento del peso del trauma, il campo di osservazione si allarga, e, oltre alle caratteristiche proprie del soggetto comprende quelle dell'evento traumatico, definito, per quanto qui interessa, come "...evento che è al di fuori dell'esperienza consueta, e che evocerebbe grave malessere nella maggior parte delle persone, ad esempio una seria minaccia per la propria vita o per l'integrità fisica; una seria minaccia o pericolo per i propri figli, coniuge e altri parenti stretti o amici; distruzione improvvisa della propria casa, o comunità; o il vedere un'altra persona che è stata recentemente, o sta per essere, seriamente ferita o uccisa a causa di un incidente o di violenza fisica".

Si può ragionevolmente sostenere che **chiunque sia testimone di una catastrofe è in qualche maniera vittima della catastrofe.**

Da soccorritore si corre il rischio quindi di diventare vittima, non solo perché si può, nel soccorso stesso, rimanere feriti o uccisi (vedi Vigili del Fuoco a New York, attacco alle Torri gemelle), perché si può essere congiunti di vittime e/o far parte della comunità colpita, ma anche perché si è inesorabilmente e crudamente esposti agli effetti dell'evento. Talvolta la sola esposizione, specie se intensa e/o ripetuta rende il soccorritore vittima di un trauma; la questione sta allora in come, nonostante questo, il soccorritore possa preservarsi tale e poter assolvere al proprio compito, come lo stress possa rimanere tale e non dar luogo ad un PTSD.

Studi successivi a due disastri di vasta portata (uno ferroviario nel '77 e un incendio nel '83) in Australia, hanno segnalato che circa il 20% dei soccorritori presentavano disturbi psichici anche a distanza di tempo dal disastro: a un mese di distanza dal primo, ansia, insonnia, depressione; 29 mesi dopo l'incendio segni di un PTSD. La percentuale è più alta per i soccorritori delle torri gemelle.

Inoltre l'esposizione ripetuta sottopone maggiormente il soggetto al rischio di un trauma, e con probabilità crescente se non viene fornito al soggetto un bagaglio informativo e formativo che lo addestri al riconoscimento dei segni del proprio stress e alla messa in atto di misure preventive.

È importante che il soccorritore sappia riconoscere e accettare i propri stati emotivi (angoscia, senso di impotenza, paura etc.) e venga addestrato a parlarne durante il training formativo.

Riportiamo qui di seguito alcune tecniche - defusing e debriefing - che hanno avuto in tempi recenti una certa notorietà, sebbene attualmente intercorrano forti ripensamenti della comunità scientifica sulla reale efficacia, quando non delle ipotesi di possibile peggioramento della condizione psichica dopo trattamento. Poiché il dibattito è in corso e non sono reperibili tecniche alternative facilmente esemplificabili, si ritiene utile includerle.

---

❖ **DEFUSING** = momento non necessariamente strutturato deputato a raccogliere lo sfogo e ad attuare una liberazione emozionale;

❖ **DEBRIEFING** = momento strutturato, individuale o a piccoli gruppi omogenei, che si tiene poco dopo l'evento, finalizzato a rievocare i fatti e le emozioni provate durante e dopo l'evento, e a spiegare la normalità di quanto provato nella situazione sperimentata.

Molto a rischio sono i soggetti che si **identificano nel ruolo dell'eroe o idealizzano il ruolo del soccorritore**, in quanto tenderanno a negare sia i vissuti emotivi che non siano in linea con il ruolo idealizzato, sia i loro limiti, con inoltre la conseguenza di mettere a rischio la propria vita per il mancato rispetto delle misure di sicurezza.

Operatori a rischio, spesso sottovalutati, sono coloro deputati al recupero e rimaneggiamento degli effetti personali delle vittime: la vista di un bambolotto insanguinato, una fotografia, rimanda ad una storia personale e rende meno anonime le vittime, favorendo ad esempio l'identificazione con esse.

Altri operatori sottoposti ad alto livello di stress, che, per non operare direttamente sul campo, possono venir trascurati sono: i telefonisti, i coordinatori dei soccorsi, i cronisti, addetti all'informazione - comunicazione.

I coordinatori sono sottoposti alla responsabilità di decisioni rapide, a volte senza notizie sufficienti, dovendo scegliere dove intervenire e dove sospendere l'intervento; i cronisti possono vivere il conflitto tra il dovere dell'informazione e il rispetto per il dolore e il pudore delle vittime, oltre ad essere ripetutamente esposti ad eventi catastrofici, sia in "ripresa" diretta, sia in ripresa differita nell'intervistare le vittime, i testimoni, nello scrivere le storie, nel montaggio delle riprese, etc.

Particolare attenzione va posta alla funzione dei mass-media che con una informazione precisa ed equilibrata, possono cooperare all'attività dei soccorsi.

L'informazione deve essere fornita con attenzione a non aumentare il panico, ma a trasmettere speranza, senza tuttavia disinformare anche a fin di bene. L'effetto negativo di un'informazione positiva risultata falsa è molto superiore all'immediata speranza con l'effetto secondario di abbassare la credibilità di altre informazioni.

Per favorire l'effetto positivo di una corretta informazione sarebbe raccomandabile che i rapporti con i media vengano curati da una figura addestrata, non direttamente coinvolta nell'attività di soccorso ma preposta esclusivamente all'informazione - comunicazione.

La presenza di questa figura permette inoltre di alleggerire il carico di responsabilità degli altri soccorritori impegnati direttamente sul campo.

Un accenno a parte merita una forma particolare di **Burn-out** (caduta motivazionale a compiere il proprio lavoro) che colpisce gli operatori e i terapeuti (anche i familiari o persone affettivamente vicine) delle vittime di un trauma con conseguente possibile sviluppo di un PTSD: il contatto con questi pazienti, con i loro racconti e immagini che rievocano il trauma, costituisce una esposizione ripetuta al trauma, sebbene differita e secondaria, con il rischio di sviluppare un quadro del tutto sovrapponibile al PTSD, che viene indicato come traumatizzazione vicaria o secondaria.

---

## TABELLE

Nelle tabelle che seguono vengono sinteticamente indicati i disturbi psichici più frequenti, le caratteristiche dell'attività di soccorritore che costituiscono fattori di rischio, le misure considerate preventive.

**Tabella I** Segni premonitori

- Affaticamento
- Insonnia
- Somatizzazioni
- Abusi di alcool, tabacco, farmaci
- Uso di droghe

**Tabella II** Disturbi psichici più frequenti dopo un evento catastrofico

**Disturbo Acuto da Stress (ASD): VEDI PAG. 91**

- insorgenza entro un mese dall'evento
- durata non superiore ad un mese

**Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD): VEDI PAG. 92**

- insorgenza in qualsiasi momento dopo l'evento
- durata superiore ad un mese

**Altri disturbi VEDI PAG. 90 e 93**

- Depressione maggiore
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Abuso di sostanze
- Comportamento violento in famiglia
- Come tutti gli operatori che svolgono un "ruolo di aiuto" possono andare incontro alla sindrome del **Burn-Out**

**Tabella III** Il rischio è in relazione a

- Gravità della catastrofe
- Durata dell'esposizione all'evento
- Caratteristiche individuali:
  - personalità
  - capacità di adattamento
  - motivazione all'attività di soccorritore
  - patologie preesistenti

---

#### **Tabella IV** Fattori di rischio legati all'attività di soccorritore

- Esposizione ripetuta:  
morti, feriti, distruzione massiccia, minaccia per la propria vita
- Essere appartenente alla comunità colpita (avere la casa danneggiata, familiari colpiti, etc.)
- Conflitto morale: sono a volte sottoposti a scelte difficili (chi salvare)
- Sottoposti allo stress di decisioni rapide, a volte senza le informazioni sufficienti
- Identificazione con le vittime
- Identificazione con il ruolo di eroe (negazione dei rischi che corrono e del proprio stato emotivo)

#### **Tabella V** Fattori che riducono il rischio di disturbi psichici

- Personalità:** buona autostima, capacità di disciplina, di autocontrollo, di realistica valutazione delle proprie capacità
- Motivazione:** congrua allo scopo
- Solidarietà sociale:** sostegno dall'esterno ai soccorritori
- Appartenenza:** a gruppo di lavoro affiatato, efficiente, in grado di fornire sostegno e assicurazione
- Capacità:** a lavorare in equipe in situazioni di emergenza quasi in modo automatico con conoscenza dei piani di soccorso e del proprio ruolo nella catena dei soccorsi
- Leader:** riconosciuti professionalmente capaci, ai quali potersi riferire con fiducia, e in grado di trasmettere sicurezza
- Formazione e addestramento** al lavoro di equipe
- Conoscenza:** riconoscimento ed espressione delle proprie emozioni, dei rischi psichici, dei segni premonitori e delle misure preventive

#### **Tabella VI** Misure preventive

- Formazione
- Turni di lavoro non superiori alle 12 h.
- Alimentazione e riposo sufficienti
- Periodo di permanenza sul campo operativo non > 3mesi (missioni a distanza)
- Informazione e sostegno alle famiglie (in particolare per le missioni a distanza)
- Conoscenza degli obiettivi, delle strategie di intervento e della propria funzione in queste
- Efficienza dei mezzi di comunicazione e delle attività di supporto esterno alla squadra di soccorso
- Riunioni periodiche in cui sia favorita l'espressione di bisogni, difficoltà, critiche, suggerimenti
- Presenza nel gruppo di lavoro di una figura con funzione di supporto e monitoraggio delle reazioni allo stress
- Attività fisica e rilassante nei turni di riposo

---

## IV I MECCANISMI DI DIFESA E IL RUOLO DEL SOCCORRITORE

È opportuno, per quanto in maniera molto semplificata, fornire ai soccorritori alcune chiavi di lettura di comportamenti delle vittime e (molto più raramente per le situazioni estreme) dei soccorritori stessi che possono a prima vista apparire privi di senso o afinalistici.

In realtà molti atteggiamenti sono frutto di meccanismi che il soggetto pone in essere inconsciamente per difendersi da situazioni emotive troppo contrastanti o eccessive per l'equilibrio psichico.

È difficile intervenire fuori da situazioni psicoterapeutiche in quanto interventi diretti volti a contrastare detti meccanismi rischiano invece di potenziarli. Quindi elencarli in questa sede serve soprattutto a dotare l'osservatore - soccorritore di una conoscenza utile a non colpevolizzare, a non giudicare, o peggio a considerare come voluto e cosciente un meccanismo di difesa. Pertanto i suggerimenti al fianco della descrizione devono essere intesi come esclusivamente esplicativi ma non certo risolutivi della condizione critica del soggetto.

DEFINIZIONI TEORICHE	OPERATIVITÀ
<b>Amnesia-Rimozione</b> Le amnesie possono essere post traumatiche, da trauma fisico (per lo più cranico), o talvolta anche emotivo. Comportamenti di perdita di memoria possono essere riportati al meccanismo di difesa della <b>rimozione</b>	<b>Rimozione</b> È spesso opportuno non intervenire a meno che il soggetto non soffra con particolare evidenza del "buco di memoria"
<b>Negazione</b> Meccanismo di difesa che porta ad annullare l'evento e le sue conseguenze. Il soggetto può non rendersi conto degli effetti di un pericolo appena trascorso o imminente. Spesso si accompagna al rifiuto di allontanarsi dal luogo	<b>Negazione</b> È un meccanismo di difesa particolarmente resistente, sul quale, in caso di esposizione al pericolo, conviene intervenire badando all'allontanamento fisico dal pericolo stesso
<b>Identificazione - Facile emotività</b> (Prevalente nei soccorritori e nelle vittime semi-traumatizzate). Spesso nasce da un eccesso di identificazione in cui il soggetto "fa sue" le difficoltà dell'altro o "si mette eccessivamente nei panni dell'altro"	<b>Identificazione</b> Va spesso accompagnata attraverso un atteggiamento solidale (Es.: "Sono cose certamente sconvolgenti per cui diventa facile sentirsi sovrastati")

<p><b>Aggressività (Eccesso di aggressività o di paura) - Proiezione</b>          Spesso si tratta di meccanismo di proiezione vale a dire attribuire altri o a situazioni esterne sentimenti propri rifiutati quali aggressività o impotenza</p>	<p><b>Proiezione</b>          Bisogna cogliere quale sia la distanza ottimale in senso fisico (come per la regressione - vedi). Spesso le crisi di aggressività da proiezione sono scatenate da un eccesso di vicinanza, mentre un parlare calmo e a una distanza non invadente può portare il soggetto a ridurre l'atteggiamento difensivo.          In caso di atteggiamenti di sospettosità o minacciosi (dubbio di crisi paranoide) non fissare negli occhi il soggetto, esplicitare le proprie azioni, se è possibile rivolgendosi ad un terzo realmente presente</p>
<p><b>Rivolgimento contro di Sé - Autoaggressione</b>          Spesso è un "rivolgimento contro di Sé" di impotenza, di vergogna o di impossibilità di scaricare la rabbia</p>	<p><b>Rivolgimento contro di Sé - Autoaggressione</b>          È opportuno tentare di mostrare quanto (purché sia genuinamente sentito) il sentimento di impotenza e di rabbia possa essere condiviso e possa anche essere presente nel soccorritore stesso</p>
<p><b>Isolamento - Freddezza emotiva</b>          Incapacità di valutare il pericolo. Eccessiva separazione tra eventi ed emozioni conseguenti. Il soggetto agisce spesso in maniera meccanica senza la modificazione che le emozioni comporterebbero</p>	<p><b>Isolamento - Freddezza emotiva</b>          Si distingue dalla scissione in quanto il soggetto tenta di spiegarla o giustificarla senza troppo curarsi della verosimiglianza della spiegazione stessa.          Spesso è utile evidenziare quanto possa essere "normale" provare dei sentimenti e quanto sia sminuente smascherarli.          Il mascheramento è rivolto alla paura della propria aggressività</p>
<p><b>Conversione</b>          Eccesso di manifestazioni emotive per l'incapacità di reggere carichi emotivi sentiti come eccessivi</p>	<p><b>Conversione</b>          Spesso la crisi è molto intensa e un atteggiamento solido non punitivo ne facilita l'esaurimento.          Talvolta è particolarmente utile esplicitare i sentimenti che verosimilmente il soggetto sta provando senza rendersene appieno conto</p>
<p><b>Somatizzazione</b>          Trasformazione in disturbi fisici (cardiaci, respiratori, gastrici, muscolo tensivi...) di situazioni conflittuali che non si riesce a risolvere</p>	<p><b>Somatizzazione</b>          Abituamente non rappresenta una forma di urgenza anche se alcuni disturbi cardio-respiratori possono comportare rischi di crisi di panico. È particolarmente inutile una rassicurazione banale, ma si possono ottenere effetti provvisori di rassicurazione se si è in grado di condurre qualche manovra medico-diagnostica (auscultazione, polso, palpazione addominale...)</p>

<p><b>Regressione</b> Ritorno emotivo e comportamentale a condizioni infantili spesso accompagnate da atteggiamenti delle fasi iniziali dello sviluppo</p>	<p><b>Regressione</b> È spesso opportuno un atteggiamento "etologico": occorre comprendere se il soggetto ha bisogno che venga mantenuta una certa distanza fisica per cui è bene intervenire con un atteggiamento pedagogico ma a una certa distanza, solo a parole (un po' come si consola un bambino senza toccarlo) o se il soggetto necessita di un contatto fisico (tenere per mano, avvolgere le spalle...)</p>
<p><b>Scissione</b> Perdita del contatto con la realtà o presenza contemporanea o in tempi diversi di due aspetti contrastanti della personalità</p>	<p><b>Scissione</b> Importante distinguere che non si tratti di una grave crisi psicopatologica (psicosi, schizofrenia, stato maniaco). Se non si tratta di questa, spesso si può superare la crisi individuando ed esplicitando i sentimenti che stanno alla base della scissione Es.: <i>"Ho la sensazione che lei sia talmente preoccupato da non saper cosa fare, al punto di sentirsi spaccato in due"</i></p>

---

## CONDIZIONI PARTICOLARI DEL SOCCORRITORE

La letteratura internazionale circoscrive le conseguenze psicologiche del lavoro con popolazioni problematiche (vittime di traumi ed eventi catastrofici ma anche profughi) nel contesto del fenomeno clinico del **burn-out**.

Questa è una condizione nella quale l'operatore del soccorso / terapeuta diventa depresso, può accusare sintomi somatici, perde la spinta motivazionale e passa dall'empatia al cinismo. Le cause possono albergare nella personalità dell'operatore: tendenza ad avere aspettative esagerate, difficoltà a dire "No" ed a delegare i compiti, tendenze idealistiche ed eroiche. Altre cause possono essere esterne all'operatore ed indipendenti come, ad esempio, problemi nell'organizzazione all'interno della quale si presta la propria opera o condizioni di isolamento professionale.

È importante inoltre tenere presente un'altra categoria concettuale nell'analizzare il vissuto personale dell'operatore che lavori con vittime di eventi catastrofici: la **traumatizzazione vicaria**. Il termine indica la possibilità che l'operatore, alle prese con un individuo traumatizzato, viva lui stesso un trauma, non in seguito ad una esposizione diretta ma per il contatto e l'interazione con la persona primariamente traumatizzata. Il fenomeno sembra più probabile quando:

- l'operatore è eccessivamente coinvolto ed identificato con la vittima
- il trauma vissuto dalla vittima evoca particolari emozioni
- l'operatore non riesce a controllare fantasie o flashback durante e dopo la prestazione della propria opera.

I sintomi possono essere molteplici:

depressione, irritabilità, insonnia, abuso di alcool o tabacco, stanchezza, sintomi psicosomatici, cinismo.

*(Cfr tabella, capitolo 3 "I Soccorritori", pag. 53 su **manifestazioni** e **caratteristiche di comportamento** che eventualmente possono essere presentati dai soccorritori, professionisti o volontari).*

---

## V MANUALE PER I FORMATORI: UNA PROPOSTA

Un approccio di tipo bio-psico-sociale nei confronti dell'individuo, alla luce del modello unitario, rappresenta un importante passo in avanti nella visione multifattoriale della PERSONA umana.

Per supportare le persone in difficoltà lungo il loro impervio cammino, si stanno scoprendo e mettendo in atto modalità interattive nuove e diverse che danno alla COMUNICAZIONE un valore strategico, considerandola in grado di fornire un supporto psicologico per la persona in crisi, che vanno nella direzione della RELAZIONE D'AIUTO e che consentono di gestire e di occuparsi dell'individuo in modo integrato, rispondendo sia ai bisogni di natura pratica che a quelli di ordine più squisitamente emotivo.

L'obiettivo dell'operatore per l'operatore stesso consiste dunque nell'acquisizione di competenze teoriche e tecnico-strumentali, supportate e strettamente interrelate ad un percorso che prevede lo sviluppo di una nuova "forma mentis", di un rinnovato atteggiamento mentale operativo, di un consapevole modo di porsi nei confronti dell'altro, veicolati da una riflessione ed una maturazione personale.

Tutto ciò al fine di fornire, *nel modo migliore possibile*, un adeguato supporto psicologico necessario affinché l'individuo riesca a beneficiare dell'offerta di risorse utili ad alleviare un suo stato di disagio, favorendo il suo successivo inserimento, nel più breve tempo possibile, all'interno di un migliore contesto di vita.

**NON TUTTI I PROFESSIONISTI SONO IN GRADO  
DI GESTIRE UNA SITUAZIONE DI CATASTROFE**

Per gli operatori di Protezione Civile a tutti i livelli sono necessarie accanto alla formazione al ruolo specifico di soccorso:

- selezione a monte:  
criteri e procedure di selezione ed orientamento del personale
  - adeguata formazione:
- è altamente improbabile saper affrontare una catastrofe senza uno specifico training

- formazione psicologica e psichiatrica mirata
- training esperienziale

---

## PROSPETTO DI PERCORSO FORMATIVO

### OBIETTIVI

#### **Acquisire strumenti formativi che favoriscano l'insight e l'elaborazione rispetto:**

- ai propri vissuti e sentimenti
- alle problematiche della comunicazione e della relazione
- alle dinamiche delle strutture sopraindividuali e sopragruppali: istituzioni, organizzazione ...

#### **Utilizzare tali capacità di rielaborazione per:**

- preservare l'efficienza cognitiva ed emotiva degli operatori durante l'evento catastrofe
- proteggere le capacità e possibilità relazionali impiegabili nel soccorso

#### **Deve inoltre perfezionare le conoscenze psicofarmacologiche rispetto a:**

- trattamenti d'urgenza
- interazione con altre terapie
- effetti collaterali e controindicazioni in situazioni di compromissione traumatica o fisica in generale

Deve potenziare le capacità di **Diagnosi Differenziale** con condizioni di Medicina d'Urgenza.

### STRATEGIE

Formare un **gruppo di lavoro**, avendo cura dell'intreccio di relazioni correlate, prima che accada l'evento catastrofico

Favorire una **formazione all'emergenza** come esperienza complessa emotivo-cognitiva

- programma di incontri per entrare in relazione ed imparare a comunicare fra psichiatri d'appoggio ed operatori
- addestramento all'utilizzo di:  
risorse creative personali, attitudini al problem-solving, improvvisazione ed adattamento dell'esistente
- educazione alla capacità di dialogare con l'ambiente e di valutare correttamente necessità e contributi provenienti dall'ambiente stesso e dall'entourage
- acquisire o perfezionare le conoscenze biomediche relative ad eventi traumatici, fisicamente lesivi, tossici ed infettivi

---

## METODOLOGIA DIDATTICA

- **contenuti informativi essenziali** ed adattati al gruppo specifico di fruitori, supportati da adeguata bibliografia
- **tecniche interattive** che favoriscano occasioni esperienziali, sviluppo di capacità di giudizio ed iniziativa relativamente autonome ed individualizzate, riflessione su quanto appreso e sulle modalità di apprendimento
- **lavoro in gruppo**, come training relazionale e come training al lavoro in équipe
- **confronto periodico** di gruppi con esperienze e specificità diverse

## TECNICHE

- 
- gruppi eterocentrati
  - lavoro con immagini cinematografiche
  - immaginazione attiva
  - brainstorming
  - psicodramma
  - giochi di ruolo
  - simulate

**IMPARARE AD IMMAGINARE COME  
METODOLOGIA DI LAVORO**

## CONTENUTI

- Acquisire o perfezionare capacità operative di pronto intervento medico per poter coadiuvare i medici specialisti sia nel caso di una necessità psichiatrica sia di interventi medico-chirurgici in soggetti psichicamente critici
- Comunicazione nelle sue varie forme e declinazioni
- Relazione come strumento = possibilità, accadimento e valore
- Dinamiche dei gruppi ed il lavoro in gruppo
- Intersoggettività/interdipendenza
- Rischi e costi delle professioni d'aiuto (es. unilateralità, burnout)

## LINEE GUIDA DEL PERCORSO FORMATIVO:

La formazione degli operatori del soccorso deve essere condotta

- **su due livelli**
- in piccoli gruppi (max 15 persone)
- si raccomanda il LIVELLO AVANZATO almeno per medici e coordinatori**

<b>LIVELLO DI BASE</b>	<b>LIVELLO AVANZATO (successivo)</b>	
	<b>3 incontri di 4 ore:</b> lavoro in piccolo gruppo con giochi e role play sulla comunicazione	
	<b>2 incontri di 3 ore:</b> addestramento alle tecniche di brainstorming e problem solving in piccolo gruppo	
<b>1 incontro di 3 ore</b> training al lavoro in équipe organizzata gerarchicamente: role play, simulate, giochi sulle dinamiche di gruppo e la leadership	<b>2 incontri di 3 ore</b>	
<b>1 incontro di 2 ore</b> training esperienziale sugli aspetti emotivo-affettivi, relazionali, motivazionali: film o spezzoni/montaggi di spezzoni centrati sulle tematiche in oggetto ed offerti alla rielaborazione personale e di gruppo attraverso verbalizzazione e tecniche psicodrammatiche	<b>2 incontri di 3 ore</b>	
<b>1 incontro di 3 ore</b> con esperto di catastrofi su tipologia delle catastrofi	<b>2 incontri di 3 ore</b>	
<b>1 incontro di 2 ore</b> ore con esperto di Psichiatria d'Urgenza	<b>2 incontri di 2 ore</b>	
	<b>1 incontro di 4 ore:</b> con rianimatore e medico d'urgenza	
<b>1 incontro di 1 ora:</b> modalità di contenzione		
<b>TOT. ORE DI DIDATTICA</b>	<b>Base: 11</b>	<b>Avanzato: 45</b>

---

## **VI PIANO OPERATIVO STRUTTURATO DI SUPPORTO E ASSISTENZA PSICOLOGICA IN SITUAZIONE DI EMERGENZA**

### **IL CONTRIBUTO DELLA CROCE ROSSA ITALIANA**

L'elaborato sulle linee-guida riguardanti l'intervento psicologico-psichiatrico in corso di eventi catastrofici, comprende il contributo offerto dalla Croce Rossa Italiana, una delle strutture operative nazionali del servizio di Protezione Civile (Legge nr. 225 del 24/02/1992).

Dalla Prima Guerra Mondiale in poi, la C.R.I., in ogni momento ed in ogni luogo, fu sempre pronta ad intervenire per aiutare, nel rispetto dei principi fondamentali e delle risoluzioni internazionali, in occasione di calamità o situazioni di emergenza.

La C.R.I. dispone di sei componenti volontaristiche che, in modo diversificato e complementare, espletano i compiti statutari dell'Associazione:

il Corpo Militare C.R.I. ed il Corpo delle Infermiere Volontarie C.R.I., ausiliari delle Forze Armate, i Volontari del Soccorso, i Pionieri, la Sezione Femminile ed i Donatori di Sangue. Le Infermiere Volontarie della C.R.I., in passato come ai giorni nostri, sono impegnate in Missioni Umanitarie in Italia ed all'estero, in tempo di pace e di conflitto, in occasione di catastrofi e di tragici eventi, anche nell'ambito di operazioni di Protezione Civile.

Oltre a prestare la loro opera a favore delle fasce di popolazione più disagiate, in strutture di medicazione e cura o sul campo, sostengono psicologicamente le vittime di situazioni di emergenza attraverso l'utilizzo di tecniche di ascolto attivo e di supporto (counselling), acquisite attraverso uno specifico training formativo ed addestrativo.

La loro esperienza in contesti operativi "critici" è tale da consentire al loro Piano Operativo di Supporto ed Assistenza Psicologica in Situazione di Emergenza di essere preso ad esempio.



---

## VII TRIAGE PSICHIATRICO

### PREMESSA

In caso di catastrofe si crea un'improvvisa e netta sproporzione tra il bisogno di assistenza sanitaria delle vittime e le risorse prontamente disponibili. Avendo a disposizione poche risorse di assistenza sanitaria ed in particolare psichiatrica rispetto al gran numero di soggetti bisognosi, è necessario selezionare, scegliere i pazienti da trattare in base a criteri di priorità, utilizzando il metodo del triage. Il triage è l'insieme di criteri di cui l'operatore deve tenere conto per classificare i pazienti in classi di priorità al trattamento. I pazienti psichiatrici appartenenti a classi di maggior priorità dovranno essere trattati con precedenza. I criteri di priorità in situazione di catastrofe sono diversi da quelli adottati nell'emergenza psichiatrica routinaria.

### TESI

Tutte le vittime, le categorie a rischio e i soccorritori, con espressione di sintomi di natura psicologica, e/o psichiatrica, dovranno essere sottoposti a triage per permettere la razionalizzazione delle risorse, affinché il maggior numero di soggetti ne tragga beneficio.

Il triage psichiatrico dovrà avvenire a tutti i livelli della catena dei soccorsi: Cantiere, Posto Medico Avanzato (P.M.A.), Centro Medico di Evacuazione (C.M.E.), Ospedale, con protocolli che tengano conto della peculiarità dello scenario e degli attori ivi operanti.

Il triage è un processo dinamico, continuo che cessa quando non c'è più sproporzione tra le richieste e le risorse.

### PROTOCOLLO DI TRIAGE PSICHIATRICO NELL'AREA DELL'EVENTO (CANTIERE)

(confronta schede di Triage psichiatrico, inserite dopo pag. 70)

Il protocollo deve essere semplice da applicare per permettere ad un gran numero di persone, non specialisti nel campo psichiatrico di utilizzarlo.

Nelle prime fasi di soccorso, si può evidenziare una netta sproporzione tra operatori sanitari e l'elevato numero di vittime, pertanto può essere necessario che il triage psichiatrico sia attuato da personale non specialistico:

indispensabile pertanto che *tutti i soccorritori coinvolti nelle operazioni di triage nell'area dell'evento*, ricevano una specifica formazione, al fine di distinguere le reazioni emotive fisiologiche dagli stati patologici organici o funzionali, collegati all'evento. È importante effettuare una prima selezione, per evitare di sovra/sottostimare i casi da inviare alle strutture di cura successive, attraverso il riconoscimento di quella che potremmo considerare la soglia dell'emergenza psichiatrica.

---

Presentiamo un esempio di sistema di triage per pazienti psichiatrici che segue le classi di priorità Psi 3, Psi 2, e Psi 1.

L'operatore nella valutazione del paziente deve porsi una serie di domande che vanno da una soltanto a quattro, in base al tipo di risposta ottenuta.

S'illustra un esempio di protocollo da adottare sul campo dell'evento e per il triage psichiatrico.

### **Il pt. ha comportamenti adeguati alla situazione tenendo conto del contesto?**

Se la risposta è sì, il paziente con alta probabilità non rientra tra i pazienti di pertinenza psicologica-psichiatrica: reazione fisiologica.

Se la risposta è no è necessario passare alla domanda successiva.

### **È di ostacolo ai soccorritori e/o alle operazioni di soccorso?**

Se la risposta è sì: è un codice Psi 3 da inviare in stazioni successive con mezzo motorizzato.

Se la risposta è no è necessario passare alla domanda successiva.

### **È in grado di eseguire ordini semplici: (fermati, vieni qua, siediti etc.)**

Occorre sempre escludere che la non esecuzione del compito sia da imputare alla mancanza di udito (soggetto sordo) o a ingestione di sostanze - alcool.

Se la risposta è affermativa, l'anomalia del comportamento identifica un codice Psi 1.

Se è no, dovremo procedere con la quarta domanda.

### **A domande semplici (come sta? Ha bisogno di aiuto? Dove sono i suoi familiari?) Valutare il tipo di risposta.**

Se il soggetto risponde in modo adeguato ma concitato, classificheremo il soggetto con un codice Psi 1.

Se invece risponde con lentezza o non risponde, il paziente sarà associato ad un codice Psi 2. In questo caso sarà necessario escludere che l'interessato sia muto.

Infine se alla nostra domanda la vittima risponde dicendo cose incomprensibili, bizzarre o poco aderenti alla realtà allora verrà valutato come un codice Psi 3 dopo aver misurato la temperatura ed aver escluso una patologia organica.

Se iperpiressia si tratta di patologia organica acuta.

### **È vestito in modo non adatto o bizzarro, tenendo conto delle circostanze?**

Se la risposta sarà sì, allora potremo concludere per un Psi 3. Mentre se fosse no termineremo la nostra valutazione attribuendo come codice di priorità un Psi 2.

## **PROTOCOLLO DI TRIAGE PSICHIATRICO NELLE STRUTTURE SUCCESSIVE: P.M.A., C.M.E., D.E.A. DELL'OSPEDALE**

Percorrendo le diverse fasi del soccorso dal cantiere al D.E.A dell'ospedale si assisterà alla possibilità di procedere alla selezione dei pazienti attraverso un triage via via più complesso e preciso, sulla base delle caratteristiche delle differenti stazioni e degli operatori ivi impegnati. Tuttavia i criteri di selezione devono essere semplici e soprattutto di rapida applicazione, per evitare incerti e precipitosi interventi.

Nelle stazioni successive oltre ai soccorritori sono presenti operatori sanitari, medici ed infermieri e, vicino al PMA anche degli psichiatri.

---

## CLASSI DI PRIORITÀ E TIPO DI INVIO

### PSI 3 (GRAVE)

- Profferisce parole senza senso, ripete frasi sconnesse, perde l'orientamento
- Esprime delle convinzioni irrealistiche riguardanti se stesso, i suoi familiari e si comporta di conseguenza
- Vede o sente persone o situazioni non percepite da altri
- È eccitato, vuole aiutare senza essere utile impedendo ogni possibilità di soccorso
- Piange, grida, ha paura
- Minaccia di farsi del male o mette in atto comportamenti pericolosi per sé, attacca oggetti o persone senza motivi
- Scappa e vaga senza sapere dove andare
- Bambini spaventati senza parenti

### PSI 2 (INTERMEDIA)

- È triste, non parla, piange
- È immobile o atteggiato in posizioni rigide
- È ansioso, molto sofferente, ha reazioni emotive gravi e comportamenti imprevedibili
- Si sente male, si sente svenire, sembra incapace di reagire
- Lamenta dolori diffusi, difficoltà fisiologiche, dolori addominali, crisi emicraniche ecc.

### PSI 1 (LIEVE)

- Ansia o tristezza eccessive o è molto spaventato
- È inappetente
- È insonne, ha difficoltà ad addormentarsi
- Comportamenti inusuali anche con i suoi parenti
- Non cura l'igiene personale
- È distratto, inconcludente, non ricorda
- Il soggetto lamenta cefalea, bruciore allo stomaco, ecc
- Il soggetto fa fatica a muoversi, lamenta dolori articolari o muscolari, in assenza di traumi o ferite

## PROTOCOLLO DI TRIAGE PSICHIATRICO NELLE STRUTTURE SUCCESSIVE: P.M.A., C.M.E., D.E.A. DELL'OSPEDALE

Percorrendo le diverse fasi del soccorso dal cantiere al D.E.A. dell'ospedale si assisterà alla possibilità di procedere alla selezione dei pazienti attraverso un triage via via più complesso e preciso. Sarà pertanto utile creare modelli di triage adeguati alle esigenze delle differenti stazioni e degli operatori ivi impegnati che dovranno applicarlo.

## CLASSI DI PRIORITÀ E TIPO DI INVIO

### PSI 3 (grave)

Pazienti con importante quadro psicopatologico che creano pericolo per sé e per gli altri e/o sono d'intralcio ai soccorritori. Sono pazienti che hanno una grave compromissione

---

della capacità di autonomia e del mantenimento degli istinti vitali. Spesso non mostrano consapevolezza di malattia. Richiedono al più presto valutazione psichiatrica (eventuale sedazione psicofarmacologica e accompagnamento al P.M.A. per un trattamento, valutazione e successivi provvedimenti del caso: invio al C.M.E. e nel caso al D.E.A. dell'ospedale).

- Reazione confusionale
- Grave alterazione comportamentale, stato delirante acuto con alterazioni comportamentali
- Alterazione del tono dell'umore con sintomi psicotici o e depressione agitata
- Stato isterico con crisi dissociativa
- Agitazione psicomotoria anche con aggressività etero o autodiretta
- Crisi di panico protratto
- Fuga ed erratismo
- Bambini in condizione di panico senza parenti
- Intossicazione da farmaci e stupefacenti

### **PSI 2 (intermedia)**

Pazienti con quadro psicopatologico di gravità intermedia che richiedono appena possibile la valutazione psichiatrica per sedazione e/o supporto psicologico.

Possono essere tenuti in osservazione senza intervento immediato (eventualmente, successivamente, quando possibile, accompagnati al P.M.A.)

- Chiusura catatonica
- Stato allucinatorio o delirante non agito
- Stato depressivo non agitato
- Stato ansioso con disagio grave, reazione post traumatica
- Crisi conversive senza disturbi comportamentali, crisi somatizzanti

Questi sintomi possono essere indicativi dei seguenti disturbi:

disturbi da stress, alimentari, somatoformi, fobico-ossessivi, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e disturbi psicotici.

È importante differenziare pazienti erranti, senza memoria, incapaci di rispondere essendo confusi, da quelli isterici che presentano atteggiamenti teatrali per attirare l'attenzione. Occorre tener presente che pazienti con reazioni ansiose durature non devono essere inseriti nel gruppo perchè disseminano panico, né dovrebbero essere lasciati sul posto perchè tendono ad occupare l'attenzione dei soccorritori che si trovano in una situazione di non poterli aiutare e gestire adeguatamente. Questi soggetti dovrebbero essere accompagnati al P.M.A. pre-trattati con sedativi e, una volta superata la crisi, potranno essere dimessi o, se persiste il disturbo, essere inviati al C.M.E.

### **PSI 1 (lieve)**

Pazienti con quadro psicopatologico lieve che necessitano di supporto psicologico e/o terapia farmacologica differibile senza aggravare le incombenze dell'équipe medica.

- Ansia o tristezza eccessive, sentimenti di paura o disagi soggettivi gravi
- Anoressia
- Disturbi del sonno grave
- Abuso di sostanze

- 
- Lievi alterazioni e modifiche della condotta, nelle relazioni interpersonali, nella cura personale
  - Lievi disturbi della memoria, della percezione, di funzioni cognitive
  - Lievi sintomi somatici o disturbi motori in assenza di evidenza medica di problemi organici



---

## VIII MATERIALI E PSICOFARMACI

In una situazione di emergenza psichiatrica come in corso di eventi catastrofici è indispensabile che a tutti i livelli della catena dei soccorsi:

Cantiere, Posto Medico Avanzato, Centro Medico di Evacuazione, Ospedale, siano facilmente reperibili i farmaci di primo intervento per i pazienti psichiatrici.

**Per facilitare il riconoscimento degli psicofarmaci utilizzati per l'urgenza**, le fiale iniettive contenenti le sostanze comunemente utilizzate nell'urgenza psichiatrica avranno **la base colorata per convenzione di rosso:**

**i tranquillanti maggiori** (neurolettici) e **di giallo i tranquillanti minori** (benzodiazepine). Dovranno essere predisposti degli appositi Kit (bianchi) recanti scritto esternamente Psi, contenenti tutti i principali farmaci utilizzati nel trattamento di pazienti psichiatrici nelle urgenze, in quantità adatta per il trattamento di almeno venti persone.

È doveroso rammentare che solo ed esclusivamente al medico spetta la decisione d'intervenire farmacologicamente sul paziente, vittima di catastrofe, decidendo il farmaco, la dose e la modalità della somministrazione.

Pur consapevoli che le situazioni di urgenza psichiatrica, in corso di catastrofe, non sono sovrapponibili alle urgenze evidenziabili in situazioni ordinarie, si trae spunto dall'esperienza del lavoro quotidiano nell'ambito dell'urgenza psichiatrica e dai dati della letteratura per suggerire modalità d'intervento in questo campo ancora in via di definizione.

Spesso l'urgenza si presenta per la presenza di sintomi quali: agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta ed autodiretta, allucinazioni, deliri, e comportamenti non adeguati alla situazione che possono creare intralcio e pericolo allo svolgimento del lavoro dei soccorritori impegnati nella maxiemergenza. Non esistono farmaci approvati da organismi riconosciuti (es. FDA) per il trattamento acuto o a lungo termine dei comportamenti aggressivi o violenti.

Standard protocollari comunemente accettati quali il doppio cieco ed il controllo con placebo non sono stati applicati sistematicamente in questo campo di ricerca. Gli unici studi presenti in letteratura riguardano studi in doppio cieco coinvolgenti i principali farmaci noti per l'azione sedativa (aloperidolo, clorpromazina o benzodiazepine) utilizzati nell'urgenza psichiatrica per ottenere la *Rapid Tranquillization* (RT). È un trattamento aspecifico che ha l'obiettivo di ottenere nel minor tempo (da 1 a 4 ore) la risoluzione di quadri quali agitazione, confusione ed auto o eteroaggressività. Consiste nella somministrazione di elevate dosi giornaliere di neurolettici per ottenere la remissione della sintomatologia in poche ore. Essa va distinta dalla *Rapid Neuroleptization* (RN), che è un trattamento specifico utilizzato per ottenere la remissione dei sintomi psicotici.

### INDICAZIONI PER UNA RAPID TRANQUILLIZATION (R.T.)

In letteratura sono stati pubblicati lavori che mostrano il raggiungimento della R.T. sia con l'utilizzo di neurolettici o benzodiazepine da sole che in associazione.

---

I neurolettici tipici sono di prima scelta in pazienti psicotici. Solitamente sono utilizzati quelli a bassa potenza antipsicotica ma con un maggior effetto sedativo (clorpromazina, promazina, clotiapina); attenzione al rischio di ipotensione.

Quando si sospettano stati confusionali acuti di verosimile natura organica (Delirium) può essere preferito l'aloiperidolo (2 - 5 mg. I.m.) per i ridotti rischi cardiocircolatori.

Indicato negli stati di agitazione psicotica l'utilizzo dello zuclopentixolo acuphase i.m. somministrato in dosi da 50 - 150 mg ripetuti, se necessario, ad intervalli di 2 - 3 giorni. Si può associare in acuto ad altra terapia sedativa (benzodiazepine, neurolettici ed antipsicotici di nuova generazione).

### **NEUROLETTICI TIPICI:**

aloiperidolo, clorpromazina.

#### **ALOPERIDOLO**

Uno dei neurolettici più studiato per la R.T. è l'aloiperidolo per via e.v.

Dose iniziale da 2,5 mg a 10 mg di aloiperidolo, a seconda della gravità dei sintomi. Le iniezioni sono ripetute a distanza di circa 30 - 60 minuti sino a raggiungere un dosaggio tra i 10 ed i 40 mg (dose media di 20 mg) con una remissione dei sintomi in circa 6 ore.

#### **CLORPROMAZINA**

Neurolettico con azione sedativa maggiore dell'aloiperidolo.

Per R.T.: 50 mg, 1 fiala i.m. ripetuti ogni 30 - 60 minuti, sino alla remissione della sintomatologia. Nella maggior parte dei casi sono sufficienti due-tre iniezioni per la remissione dei sintomi.

Un buon effetto sedativo, può essere ottenuto associando la clorpromazina i.m. con l'antistaminico PROMETAZINA alla dose di 25-50 mg per iniezione muscolare profonda.

La via di somministrazione più indicata per ottenere la R.T. tramite i neurolettici è la via parenterale o i.m. perché, rispetto alla via orale, si ottiene la risoluzione dei sintomi prima (almeno di un ora).

In corso di utilizzo di neurolettici possono insorgere effetti collaterali quali tremori, rigidità muscolare, stato d'irrequietezza, che vanno trattati sintomaticamente.

La R.T. può essere proseguita anche in corso d'insorgenza di effetti extrapiramidali.

Raramente in corso di trattamento con neurolettici c'è la morte improvvisa.

Negli anziani i dosaggi devono essere ridotte da un terzo a metà della dose utilizzata nei giovani.

### **BENZODIAZEPINE:**

diazepam, lorazepam, clordesmetildiazepam.

Le BDZ hanno minor rischi di tossicità rispetto ai neurolettici.

In associazione con i neurolettici le BDZ permettono di ridurre il dosaggio e gli effetti collaterali.

---

**DIAZEPAM:**

10-15 mg e.v. ripetuti dopo 2 ore, successivamente dopo un'altra ora 5-10 mg e.v.  
Controllo dei sintomi in 4 ore.

**LORAZEPAM:**

dosi somministrate per os, i.m., e.v. da 2 a 20 mg, con dose massima singola di 30 mg per os, 16 mg per via i.m. ed 80 mg per via e.v.

Nessun paziente ha sofferto di depressione respiratoria o cardiocircolatoria (secondo la letteratura).

La somministrazione di lorazepam per via i.m. può essere una buona alternativa all'utilizzo di neurolettici per il controllo del comportamento aggressivo.

**CLORDESMETILDIAZEPAM:**

per os, i.m., e.v.

Nei casi di urgenza si consiglia la via i.m. per la più rapida azione.

**EFFETTI COLLATERALI DA BDZ:**

atassia, nausea, vomito, confusione, disorientamento temporo spaziale e comportamento aggressivo come effetto paradossale delle BDZ, in meno del 1% dei casi.

In paziente con difficoltà respiratorie attenzione al rischio di depressione respiratoria.

**ASSOCIAZIONE NEUROLETTICI-BDZ: ALOPERIDOLO E LORAZEPAM**

Somministrazione di dosi subentranti, al bisogno, di aloperidolo in un range da 3-10 mg, somministrato per via i.m, in aggiunta al lorazepam in un dosaggio compreso tra 0,5-10 mg, somministrato per via e.v., ad intervalli di 30 minuti sino a sedazione raggiunta.

**Schema:**

Aloperidolo 3 mg i.m.+ 0,5-1 mg di lorazepam e.v. (dopo 30 min.)

Aloperidolo 5 mg i.m. + 0,5-2 mg di lorazepam e.v. (dopo 30 min.)

Aloperidolo 10 mg i.m. + 0,5-10 mg di lorazepam e.v. ogni ora sino ad ottenere la sedazione.

**ALTRI PSICOFARMACI**

Un recente studio ha valutato l'utilizzo dell'olanzapina alla dose di 15-20 mg die per ottenere R.T.

Antipsicotici di nuova generazione (risperidone, quetiapina oltre all'olanzapina)

Antidepressivi (SSRI trazodone, TCA ).



---

# GLOSSARIO

## SEMEIOLOGIA PSICHIATRICA ESSENZIALE

➤ **EMOZIONI:** complesso stato di sentimenti con componenti psichiche, somatiche e comportamentali. Le reazioni emotive più comuni sono:

- **ABREAZIONE:** emozione scatenata dal ricordo di un'esperienza dolorosa
- **AFFETTIVITÀ:** espressione delle emozioni osservabili dagli altri
- **AMBIVALENZA:** coesistenza di due impulsi opposti nei confronti della stessa cosa in un determinato momento
- **ANSIA:** sentimento di apprensione causato da anticipazione del pericolo, che può essere interno ed esterno
- **APATIA:** tono emozionale appiattito, associato a distacco e indifferenza
- **APPIATTITA:** assenza o quasi di qualsiasi segno di espressione affettiva
- **APPROPRIATA:** condizione in cui il tono emozionale è in armonia con i pensieri
- **COARTATA/LIMITATA:** riduzione dell'intensità dei sentimenti
- **COLPA:** emozione conseguente all'aver fatto qualcosa che viene avvertita come sbagliata.
- **INAPPROPRIATA:** condizione in cui vi è un'incongruenza ideo-affettiva
- **LABILE:** rapidi e improvvisi del tono affettivo-emozionale
- **PAURA:** ansia causata da un pericolo reale riconosciuto
- **PANICO:** attacco acuto, episodico, intenso di ansia associata ad un sentimento di paura ed a reazioni neurovegetative
- **VERGOGNA:** insuccesso nella realizzazione di aspettative che il soggetto ha di se stesso

➤ **COMPORTEMENTO:** insieme delle attività osservabili, motorie, automatiche o volontarie, espressione del funzionamento o disfunzionamento mentale

- **ABULIA:** ridotto impulso ad agire e pensare, associato ad indifferenza per le conseguenze dell'azione
- **AGGRESSIVITÀ:** azione violenta volta ad uno scopo
- **AUTOMATISMO:** esecuzione automatica di atti generalmente rappresentativi di un'attività simbolica inconscia

- **CATALESSIA**: mantenimento rigido di una posizione del corpo per in lungo periodo di tempo
- **CATAPLESSIA**: temporanea perdita del tono muscolare con caduta a terra, spesso associato ad intense emozioni: paura, allegria etc.
- **CATATONIA**: anomalia motoria nei disturbi non organici (contrapposta ai disturbi di coscienza e all'attività motoria secondaria a patologia organica)
- **ECOPRASSIA**: imitazione patologica dei movimenti di un'altra persona
- **FUGA PSICOGENA**: allontanamento improvviso da casa o dall'abituale posto di lavoro senza memoria per il passato
- **IMPULSI SUICIDARI**: incapacità di resistere ai propri impulsi aggressivi verso se stessi
- **IMPULSIVITÀ**: è una incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un atto dannoso per sé o per gli altri. Nella maggior parte dei casi suddetta incapacità è preceduta da una sensazione di eccitazione o di tensione prima dell'atto e successivamente il soggetto prova sollievo
- **IPERATTIVITÀ**: agitazione psicomotoria: eccessiva attività motoria e cognitiva, di solito improduttiva
- **IPOATTIVITÀ**: ridotta attività motoria e cognitiva (rallentamento psicomotorio)
- **NEGATIVISMO**: resistenza immotivata a tutti i tentativi di mobilitazione ossiva o all'esecuzione di ordini
- **OPPOSITIVITÀ**: opposizione alla richiesta (fino alla negazione di risposta verbale e/o comportamentale)
- **REATTIVITÀ**: suscettibilità di reazione
- **STUPORE**: attività motoria rallentata, spesso fino all'immobilità e con un'apparente inconsapevolezza dell'ambiente circostante
- **STEREOTIPIE**: schema fisso e ripetitivo di gesti o parole
  - ipercinesia**: irrequietezza, aggressività, distruttività
  - compulsione**: incontrollabile impulso a compiere un atto in modo ripetitivo

➤ **LINGUAGGIO**: idee, pensieri e sentimenti espressi attraverso le parole; comunicazione attraverso l'uso delle parole.

- **ACCELERAZIONE/RIPETITIVITÀ**: aumento della frequenza delle parole
- **DISARTRIA**: difficoltà nell'articolazione del linguaggio
- **FARFUGLIAMENTO**: linguaggio irregolare, disritmico caratterizzato da scatti rapidi o sussulti

- 
- **INCOERENZA:** linguaggio incomprensibile, privo di nessi logici
  - **LOGORREA:** linguaggio copioso, coerente, logico
  - **MUTACISMO:** povertà di linguaggio con risposte monosillabiche
  - **RUMINAZIONE:** ripetizione sommessa di frasi o pensieri



---

## BIBLIOGRAFIA CONSULTATA

American Psychiatric Association - [www.psych.org](http://www.psych.org)

Baldwin's Trauma Information - About Trauma-2001- [www.Trauma pages.com](http://www.Trauma pages.com)

BONICA L. e al. - "Migranti e reciprocità nella rete e nella formazione" - Casa di Carità Arti e Mestieri- Torino 2000

BORGHESI M. V. - "Il cielo stellato del bene" - Lubrina Editore 1997

CROCQ L. - "Les panique collectives: histories, structure clinique, status nosographique, étio-pathogénie et traitement " - AA.VV: "Congrès de psychiatrie et de neurologie" - Le Mans 1986

CROCQ L. - "Reazioni emotive nelle catastrofi di guerra e di pace" - AA.VV "Atti del Congresso Internazionale di Medicina Militare" - Roma 24-26 settembre 1986

DANIK JJ., GOVERDHAM M. - Haloperidol in the treatment of 120 psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1963;120:389-91

DE ZULUETA F. - "Dal dolore alla violenza" - R. Cortina Ed. Milano 1999

DONLON P.T., HOPKIN J., SCHAFFER C.B. - Amsterdam E. Cardiovascular safety of rapid *Psychiatry* 1979;163:233-4

DSM IV TR Diagnostic and statistical manual of Disorders fourth Editions - text revision 2000 - American Psychiatric Association.

DUBIN WR., *J. Clin Psychiatry* - Rapid tranquillization: antipsychotics or benzodiazepines - 1988;49:5-12

ERICKSON K. - "A new species of trouble: The human experience of modern disasters". - NY: Norton 1994.

ERICKSON M. - "L'uomo di febbraio" - Astrolabio Ed. 1992

FURLAN, MUNIZZA, D'ELIA, D'ONOFRIO, LEGGERO, PUNZO, VIDINI, VILLARI, *Emergency Psychiatry: a review of the literature, Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* nà374, Vol. 88, 1993

FURLAN, CRISTINA, PICCI, Castellet y Ballarà., *Modelli di intervento in Psichiatria d'urgenza, Rivista Europea di Psichiatria, Torino, 1992, Atti del Congresso Internazionale della Società della Psichiatria d'Urgenza Torino 1992*

FURLAN, CRISTINA, PICCI, CASTELLET y Ballarà, *Questioni fondamentali in psichitria d'urgenza nel modello di assistenza italiano. Atti del Congresso Internazionale delle Società della Psichiatria d'Urgenza "Modelli d'intervento in Psichiatria d'Urgenza", Torino 1992*

GABBARD G.O. - "Psichiatria Psicodinamica"- Raffaello Cortina Ed. 1995.

- 
- GUZZANTI - (Linee Guida del 11.04.96) - Applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992 sul "118"
- HOROWITZ M.J. - "Stress Response Syndromes". - Jason Aronson - New York 1976
- LERNER Y., LWOV E. - Acute high-dose parenteral haloperidol treatment of psychosis. *Am J. Psychiatry* 1979;136:1060-4
- MASLACH C., M.P. - "Leiter Burnout e organizzazione" Edizioni Erickson 2000
- MORRA A. e al. Regione Piemonte - Protezione Civile - "Disaster management" 2000
- PAGLIACCI A. - Ten.Col.Me. - CRI - "Il profilo del soccorritore" - <http://www.cri.it/cricm/Archivi/Atti.htm>
- PELLEGRINO F. - "La sindrome del burnout" - Centro Scientifico Editore 2000.
- POLAK P., LAYCOB L., Rapid tranquilization. Brief communication. *Am Psychiatry* 1971;128:640-3
- ROUSSEAU A.W, FAPA M.D. - "A district branch perspective" <http://www.psych.org/pract-of-psych/recovery.cfm>
- SABATINI SCALMATI A. - "Memorie congelate, memorie evitate: a proposito della relazione terapeutica con le vittime di tortura" - [www.psychomedia.it/pm/grpind/social/sabatinit.htm](http://www.psychomedia.it/pm/grpind/social/sabatinit.htm)
- SANTOIANNI F. - "Come ti gestisco la folla" - *Forze n. 11 novembre 1988.*
- SANTOIANNI F. - "La guerra psicologica" - *Difesa Oggi n. 11 novembre.*
- SANTOIANNI F. - "La paura del terremoto" - piano di Protezione Civile di un ospedale - AA.VV. "Atti del Convegno Nazionale di Protezione Civile Ancona 1" - CNETO Ancona 1983.
- SGARRO M. - BIONDI G. - "Gravi stress, traumi e salute" - 2001 [www.psychomedia.it/](http://www.psychomedia.it/)
- SHERRY, RICCHIARDI - "A new center" - coping with the stress of covering horror - *American journalism review*, June 2000
- SIRACUSANO A., CIMINELLI P.M. - "Lo spettro dell'isteria" - *Noos n.7 - Il Pensiero Scientifico Editore* 1997
- SOLOMON *et al.* - 1998 *American J. Psychiatry* - 145, pp. 865-868
- SPITZ R. A. - "Dialoghi dall'infanzia - raccolta di scritti" - Ed. Armando 2000
- The American Academy of Experts in Traumatic Stress, Inc. - *Trauma Response* 2001 [www.Aaets.org](http://www.Aaets.org)
- The Expert Consensus Guideline Series. - "Treatment of Posttraumatic Stress Disorder" - *the Journal of Clinical Psychiatry* - Volume 60 Supplement 16 - 1999

---

URSANO R.J., CAROL M.D., FULLERTON S., ANN Ph.D., NORWOOD E. - "M.D. psychiatric dimension of disaster: patient care, community consultation, and preventive medicine"  
[www.psych.org/prat-of-psych/disaster.cfm](http://www.psych.org/prat-of-psych/disaster.cfm)

WEAVER J. *et al.* - "Defusing & Debriefing"  
<http://www.ourworld.compuserve.com//homepages/johnweaver/>

ZAMPERINI A. - "Psicologia dell'inerzia e della solidarietà" - G. Einaudi Editori Torino 2001

Finito di stampare nel mese di maggio 2003  
presso Tipolito Subalpina - Rivoli (TO)