

TESINA I.Co.S

**“Utilità e possibile impiego delle tecniche di counselling
nell’urgenza medico-sanitaria del pre-ospedaliero”**

Sotto la direzione del Prof. Dr. Vadilonga
1° anno di formazione, 2006



Flavia Crameri
CP 173
CH-6563 Mesocco

Novembre 2006

I.Co.S
Punto Counselling Sistemico
Via Olona 25
I-20100 Milano

Indice

Indice	1
Introduzione	2
Presentazione di due casi di crisi esistenziale adolescenziale nell'urgenza pre-ospedaliera	
1. Primo caso: tentato suicidio con medicinali	3
2. Secondo caso: disturbi alimentari e conflitti con la madre	5
Quali sono dunque gli strumenti essenziali per un buon counselling	8
Conclusione	11
Appendice	
1. Presentazione servizio 144	13
2. Presentazione Tre Valli Soccorso (TVS) e Federazione cantonale ticinese servizi ambulanze (FCTSA)	15
Bibliografia	18

Introduzione

Ho deciso di svolgere la mia tesina per la fine del primo anno di formazione in counselling, prendendo spunto da due casi inerenti il settore sanitario, nel quale sono attiva come soccorritrice volontaria di ambulanza presso l'ente Tre Valli Soccorso (TVS)¹.

Un interesse ben preciso che mira ad ottimizzare le mie capacità nel suddetto ambito di volontariato e che, di conseguenza, ne sviluppa la considerevole utilità nell'urgenza pre-ospedaliera.

Consapevole della complessità della tematica affrontata mi limiterò ad approfondire unicamente quei punti che sono stati trattati nei primi moduli inerenti le tecniche di base del counselling. Tecniche che per il momento non contemplano la comunicazione difficile, ma che verranno approfondite nel corso dei prossimi anni. Alla fine del ciclo di studio potrebbe essere interessante riesaminare i due casi che presenterò in questo scritto, grazie alle nuove conoscenze che ci verranno offerte. Per il momento dunque saranno presi in considerazione i primi passi di approccio che un counselor alle prime armi dovrebbe mettere in atto allo scopo di entrare in empatia con il proprio cliente.

Nella parte centrale dell'esposto saranno presentati due casi specifici di intervento pre-ospedaliero che mi sono capitati (senza tuttavia menzionare l'urgenza vera e propria) e ai quali ho cercato di trovare una soluzione transitoria pur senza possedere alcuna nozione di counselling. Con il senno di poi e, soprattutto, con le nozioni acquisite nel corso dei moduli proposti dal vostro centro ho potuto esaminare in modo critico e costruttivo punti deboli (sbagli) e punti forti ("comportamenti-azioni" corrette) presenti in simili circostanze, critiche e delicate. Va comunque precisato che questi casi preoccupanti rispecchiano solo una parte, benché in aumento, dell'urgenza pre-ospedaliera.

La parte conclusiva verterà sui sentimenti di utilità e nello stesso tempo i sentimenti di profonda impotenza che un counselor (sempre alle prime armi) può avvertire nel corso delle proprie attività quotidiane professionali e/o personali. Un peso di rilievo, che spesso viene sottovalutato, sarà infine dato all'ascolto attivo, all'agevolazione della narrazione delle vicende esistenziali del cliente (setting) nonché alla rivalutazione dell'empatia.

¹ Cfr. Appendice alle pagine 13 e seguenti, nelle quali è presentato brevemente il servizio ambulanza del Canton Ticino (in particolare TVS) e la gestione delle urgenze medico-sanitarie.

Presentazione di due casi di crisi esistenziale adolescenziale nell'urgenza pre-ospedaliera

Nelle pagine che seguono si cercherà di cogliere l'essenza del lavoro di un counselor nell'ambito medico-sanitario, e in particolar modo nell'ambito dell'urgenza pre-ospedaliera, attraverso la presentazione di due casi.

Si tratta di due giovani adolescenti di 17 anni e mezzo rispettivamente di 18 anni, di sesso femminile e di nazionalità straniera che si sono presentate di persona (accompagnate da amici o fratelli) nella sede principale di TVS perché trovatesi in una situazione di grave crisi esistenziale. Crisi esistenziale che, nel primo caso, ha portato a un tentativo di suicidio per mezzo di un'alta dose di medicinali utilizzati da un familiare per problemi di natura cardiologica e arteriosa; nel secondo caso la giovane paziente si è presentata in uno stato di debolezza generale e mal di stomaco dovuti a vomito, quest'ultimo indotto e legato ad apparenti disturbi alimentari.

Per motivi di privacy saranno utilizzati due nomi fittizi: Ella, per il primo caso, e Nella, per il secondo intervento².

La premessa fondamentale a questo breve esposto sta nel fatto che la sottoscritta, quando si sono verificati i suddetti interventi, non era ancora in possesso di alcuna nozione di counselling.

1. Primo caso: tentato suicidio con medicinali

In tarda serata di un giorno del 2005, Ella si presenta al pronto soccorso della sede principale di Tre Valli Soccorso, accompagnata dal fratello minore. Ha 17 anni e mezzo ed è di nazionalità straniera, ma dimorante in Svizzera con il padre, la madre e il fratello sin dalla tenera età.

Si è rivolta a TVS perché ha ingoiato una dose elevata di medicinali, prescritti al padre cardiopatico. Ci informa che avverte forti palpitazioni al cuore e piange per il gesto appena compiuto. Riferisce inoltre che non voleva farlo ma non vuole continuare a condurre un'esistenza simile.

² I due casi non sono però presentati nel dettaglio (anche se meritevole per comprendere appieno quanto accadeva) perché l'esposizione si sarebbe dilungata troppo.

Il suo stato fisico non desta preoccupazioni immediate poiché è ancora cosciente e per il soccorritore professionale è di primaria importanza capire la composizione, e di conseguenza gli effetti, delle pastiglie assunte dall'adolescente. Le pillole non sono prodotte e consumate in Svizzera, ma all'estero. Il soccorritore professionale lascia fisicamente la sala adibita a pronto soccorso e si allontana con l'imballaggio per svolgere una rapida ricerca e risalire così al principio attivo del medicinale, al quale porre poi un rimedio.

Alla sottoscritta, ancora digiuna di nozioni di counselling, è stato demandato il compito di assistere "psicologicamente"³ ed empaticamente la giovane paziente. Nella sala si trovavano unicamente la paziente e la sottoscritta.

Il primo intervento, con Ella stesa sul lettino, è stato quello di metterla a suo agio e soprattutto di lasciarle assumere una posizione la più comoda possibile (onde evitarle ulteriori e inutili dolori fisici). Un primo contatto "caloroso" è stato quello di ricoprirla con una coperta e posizionarmi al suo fianco, ma non in posizione troppo sovrastante.

In seguito, grazie al linguaggio extra-verbale (analogico), ho avuto l'impressione che Ella cercasse un contatto fisico non troppo eclatante. Mi sono pertanto limitata a stringerle la mano e a porgerle fazzoletti per asciugarsi le lacrime.

Dopo un primo approccio empatico extra-verbale (analogico), ho innanzitutto chiesto a Ella come si sentiva fisicamente⁴ (il principale compito di un soccorritore è vegliare sulla salute fisica del paziente), se avvertiva peggioramenti nel suo stato fisico o se era stazionario. Queste primi approcci verbali avevano una doppia valenza: vigilare sul suo stato fisico, monitorandolo, e darle uno spunto per iniziare a raccontare la propria vicenda personale. L'ambiente di fiducia, accoglienza e "calore umano" creatasi tra soccorritrice volontaria e paziente ha permesso a quest'ultima di parlare liberamente di quanto le stava succedendo in quel momento per essersi spinta a compiere un gesto estremo come può essere quello del tentativo di suicidio.

Nelle vesti di soccorritrice volontaria mi sono sentita molto impotente e inutile; l'unico e "povero" strumento di soccorso, di aiuto che potevo offrirle era l'ascolto. Non potevo fare altro che ascoltare e cercare di "rassicurarla" e farle notare i suoi punti forti. Un dialogo,

³ Il termine "psicologicamente" è stato utilizzato in modo poco corretto o appropriato (visto che non sono psicologa) per indicare un sostegno concernente la parte emotiva ed emozionale della giovane paziente.

⁴ Tengo a precisare che il ruolo di un soccorritore nell'urgenza è primariamente quello di sorvegliare lo stato fisico del paziente, ancora prima di occuparsi del suo stato "psicologico".

una comunicazione difficile che ha fatto emergere i suoi passati ricoveri in cliniche psichiatriche, altri tentativi di suicidio e abusi sessuali subiti in tenera età.⁵

Non ho saputo fare altro che offrirle la mia solidarietà e la mia empatia nonché ascoltarla attentamente e comunque renderla attenta che non poteva evitare di rivolgersi a uno specialista, anche se in passato ne era rimasta molto delusa.

Mi sono resa conto in seguito, che questo tipo di accoglienza e approccio è definita setting e che l'atteggiamento di disposizione e di aspetto che le ho dimostrato fanno parte delle tecniche di counselling professionale.

Il fatto di narrare, di "buttare fuori", quindi di esorcizzare, quello che la faceva soffrire e che l'ha portata al tentato suicidio, in parte, le ha permesso di tranquillizzarsi; probabilmente si è sentita accolta e protetta, anche se si trovava in un ambiente a lei sconosciuto. Ho notato che si agitava unicamente quando nella sala entrava il fratello (la scelta del registro linguistico usato verso la sorella era piuttosto duro e offensivo – un'osservazione priva di pregiudizio perché in quel momento non era mio compito intervenire nelle interazioni sistemiche familiari. Non avrei nemmeno avuto i mezzi adeguati per comprenderli appieno).

Alla fine, e dopo l'intervento telefonico del medico di guardia, Ella è stata trasportata al più vicino ospedale e, probabilmente, in seguito trasferita in una clinica psichiatrica.

2. Secondo caso: disturbi alimentari e conflitti con la madre

Nel secondo caso, sempre in una tarda serata del 2005, al pronto soccorso di TVS a Biasca si presenta Nella, accompagnata da amici che sono molto preoccupati per il suo benessere psico-fisico. Gli amici raccontano di averle prestato soccorso dopo che lei aveva vomitato quanto aveva nello stomaco. Inizialmente sia Nella sia gli amici parlano di una semplice ubriacatura con conseguente emicrania e vomito liberatorio.

La giovane adolescente inizialmente è accolta da un collega soccorritore professionale che mi chiede in seguito un aiuto perché deve assentarsi brevemente per contattare il

⁵ A proposito del suicidio adolescenziale e delle violenze subite da bambina è stato alquanto arricchente la lettura di Berretti B., Chistolini M., Rangone G., Vadiolonga F., *L'adolescenza ferita. Un modello di presa in carico delle gravi crisi adolescenziali*, Milano 2003. Una lettura che analizza una tematica molto delicata che non intendo però approfondire perché non è assolutamente di mia competenza, ma di specialisti del settore. Illuminante è stata la seguente frase inerente la famiglia dell'adolescente suicidario (p. 208): "*La prima è caratterizzata dalla presenza di segreti, ossia di fatti, situazioni, tipi di relazioni che causano un'intensa sofferenza e di cui sono si può parlare*".

medico di guardia e stabilire un eventuale ricovero in ospedale oppure solo una visita a domicilio.

In questo caso, dal linguaggio extra-verbale (analogico) si può intuire che non ama il contatto fisico diretto. Nella è seduta sul lettino del pronto soccorso e trema dal freddo. Le chiedo se posso appoggiarle una coperta sulle spalle, che prontamente eseguo cercando però di evitare qualsiasi indesiderato contatto fisico diretto. Mi pongo quindi al suo fianco in modo che l'altezza dei nostri occhi sia sullo stesso livello.

Nella accetta la mia presenza e risponde alle mie domande d'obbligo sul suo stato fisico, onde monitorarne gli sviluppi e le modifiche. Afferma di avere forti dolori allo stomaco a causa del vomito provocato. Le chiedo se ha mangiato qualcosa prima di bere, cercando di spiegarle che in questo modo i dolori allo stomaco e le conseguenze di un'ubriacatura possono essere attutite. Da questa semplice domanda, a cui fa seguito una risposta molto vaga da parte sua e una mia spiegazione "rompi-ghiaccio", Nella mi confida che evita il cibo e che il vomito non è solo una diretta conseguenza dell'ubriacatura.

Dopo avere appreso la delicatezza e, nello stesso tempo, la gravità del problema di questa giovane adolescente, da perfetta non-counselor, non ho saputo fare altro che farle notare, nel modo più discreto e garbato possibile, i danni che il vomito indotto può arrecare agli organi dell'apparato digestivo, ma anche alle conseguenze generali che possono subentrare. In quel momento mi sono sentita veramente fuori posto benché Nella mi abbia dato l'impressione (che però è un dato soggettivo) di aver capito e accettato quello che le stavo dicendo. Solo in un secondo tempo ho appreso che pazienti con disturbi alimentari hanno la tendenza ad assecondare le persone che li circondano, mentendo loro.

La comunicazione, per volontà di Nella e forse grazie anche al setting e alla fiducia che si era creata tra paziente e soccorritrice volontaria, si è quindi aperta, permettendo alla giovane adolescente di narrare ciò che la turbava (fra i tanti problemi, da citare la ribellione verso la madre e il patrigno). Una narrazione che, agli occhi della sottoscritta ma anche di Nella, si è rivelata molto confusa e caotica. Confusione che, con l'aiuto del soccorritore professionale, che nel frattempo aveva fatto ritorno, si è cercato di "farle riordinare"; si è cercato di farle capire che alcune sue preoccupazioni non erano imminenti e quindi per quel momento potevano essere accantonate e riprese a tempo debito (pro/contro)⁶. Si è

⁶ L'utilizzo dei pro e dei contro (nel prossimo capitolo) è un passo da evitare all'inizio di un colloquio tra counselor e cliente.

così cercato di focalizzare l'attenzione di Nella più sul presente , sul “qui e ora” che non su proiezioni e immaginazioni future.

Dopo un lungo colloquio, e dopo avere constatato un netto miglioramento nello stato fisico della giovane adolescente, è giunta in sede anche la madre. Il primo impatto tra madre e figlia è risultato molto ostile e freddo. La ragazza inizialmente si è rifiutata di rivolgerle la parola. Fisicamente la madre si trovava, ed è rimasta per lungo tempo, sulla soglia della porta mentre la sottoscritta era sempre a fianco dell'adolescente, con una funzione di “cuscinetto ammortizzante”. Strategia e funzione che si sono rivelate azzeccate e utili fino a quando Nella ha accettato, e anzi cercato, la vicinanza fisica della madre.

Il loro lento e guardingo avvicinamento mi ha consentito di allontanarmi con discrezione e raggiungere così la soglia, al posto della madre, dopodiché non ho più potuto seguire lo scambio verbale tra madre e figlia perché si è svolto in un registro linguistico a me sconosciuto (lingua straniera).

La giovane adolescente è così rientrata a casa con il consiglio, però, da parte del soccorritore volontario di rivolgersi al proprio medico curante e a del personale specializzato. Il nostro intervento si è limitato al “consiglio”, dato che non sussisteva un'urgenza medico-sanitaria che potesse mettere in pericolo la vita di Nella.

Quali sono dunque gli strumenti essenziali per un buon counselling

Dopo la presentazione dei due casi viene naturale pensare agli sbagli commessi e alle poche, ma fondamentali, azioni corrette svolte.

Tra gli sbagli da non ripetere figura sicuramente l'utilizzo (non utilizzo) iniziale del fattore raziocinio/ragione perché nel momento del dolore dirompente e della relazione difficile menzionare i pro e i contro della situazione nella quale si trova il paziente/cliente non serve a nulla. Può essere affrontato in un secondo momento (un secondo livello improntato sulla chiarificazione e la consapevolezza) dopo che si sono raggiunti gli obiettivi minimi, ossia l'ascolto attivo, l'accoglienza empatica, la narrazione "liberatoria" e il riequilibrio nel rapporto-relazione del paziente.

Effettivamente come asseriscono Miglionico e Vinella:

Nel counseling non si offrono soluzioni a "risolvere problemi" (problem solving), non si danno cioè consigli perché i consigli limitano l'autonomia dell'Altro e non rispettano l'Altro nelle proprie capacità, anche potenziali, di autodeterminazione.⁷

Tra gli altri "sbagli" da evitare, ma che nell'ambito dell'urgenza pre-ospedaliera non sempre è possibile attuare, si annovera pure l'aspetto inerente la teoria dei sistemi. È noto che i sistemi biologici e psico-sociali sono sistemi aperti e, quindi, anche l'uomo è un sistema aperto

perché interagisce con l'esterno e si adatta, entro certi limiti, ai mutamenti esterni grazie a circuiti di retroazione denominati feed-back.⁸

I sistemi viventi sono in continuo movimento e ogni giorno l'essere umano compie azioni senza più rendersi conto del rituale che ne sta all'origine; e proprio questi rituali confermano la storia che uno ha inventato, che si è costruito.

L'aspetto di sistema aperto è accolto e approfondito nelle professioni infermieristiche, ma non possono essere analizzate troppo nel dettaglio dai professionisti del soccorso d'urgenza nel pre-ospedaliero. Da una parte, a causa del tempo limitato e ridotto a loro disposizione durante un intervento, d'altro canto, a causa dell'unicità e della complessità di ogni singolo intervento.

⁷ Cfr, Miglionico A., Vinella P., *Manuale di comunicazione...*, Torino 2000, pp. 133-134.

⁸ Cfr. *Ibidem*, p 31.

L'approccio sistemico valorizza, dunque, moltissimo i contesti, le cornici che contribuiscono a sviluppare un determinato comportamento. Le interazioni dei vari sistemi (inizialmente quello familiare, in seguito allargato al sistema sociale e culturale) risultano pertanto di fondamentale importanza.

Come è stato asserito da Gianfranco Cecchin:

(...) ancora adesso siamo convinti che la patologia individuale è sempre l'aspetto di una relazione. (...) Noi partiamo dall'idea, o dal pre-giudizio, che l'essere umano da solo non c'è. (...) Un sistema è questo gioco. La comunicazione è inevitabile e non possiamo non comunicare e non rispondere.⁹

Sia nel primo caso presentato, sia nel secondo, il contesto e le interazioni sistemiche non sono state attentamente osservate e analizzate, anche a causa della diversità socio-culturale tra le giovani pazienti e i soccorritori; ciò non vuole essere una scusante, bensì uno stimolo per un ulteriore approfondimento.

Per contro le azioni sulle quali un counselor (anche alle prime armi) deve focalizzare la propria attenzione da segnalare primariamente l'instaurazione di un rapporto di fiducia, basato sull'accoglienza e sul contenimento del dolore del paziente/cliente.

In effetti, il passo iniziale da compiere è proprio quello di ricevere con grande empatia il paziente/cliente creando un ambiente accogliente (settino), nel quale possa sentirsi al riparo e privo di qualsiasi pre-giudizio. Questo è un primo obiettivo minimo da raggiungere, applicabile anche all'ambito del soccorso dell'urgenza pre-ospedaliero, sempre nel limite del possibile.

È quindi importante e necessario realizzare un contenimento che assorba il dolore emotivo-affettivo ("psicologico", che poi si ripercuote o si è già palesato su quello fisico) del paziente/cliente.

Una relazione di aiuto si instaura tra un cliente-utente in stato di bisogno ed un professionista qualunque in grado, per competenze specifiche e capacità riconosciute, di prendere in carico e prendersi cura di un'altra persona. (...) La relazione di aiuto promuove un processo di cambiamento nell'utente.¹⁰

⁹ Cfr. Relazione *Comunicazioni sovrapposte nel gioco del paradosso* tenuta dal prof. Cecchin all'università degli Studi di Padova il 20 marzo 2001.

¹⁰ Cfr. Miglionico A., Vinella P., *Manuale di comunicazione...*, Torino 2000, pp. 111.

Sempre a proposito del primo livello, del primo passo è molto importante sottolineare che il presupposto per una percezione e un'accoglienza empatica adeguate è l'ascolto attivo. Risulta quindi fondamentale rivalutare questo tipo di ascolto perché permette al paziente/cliente di "lanciarsi" in una narrazione liberatoria. Narrazione che ne esorcizza e, in un certo qual modo ne "ordina", la confusione e lo squilibrio affettivo-emotivo.

Durante questa prima fase l'attenzione è centrata sui messaggi dell'emittente. Il counselor porrà quindi la propria vigilanza e la propria concentrazione sulle modalità extra-verbali utilizzate dal paziente/cliente quando si esprime. Questi segnali analogici (linguaggio corporeo non verbale) saranno di tipo visivo cenestesico o uditivo.

Da menzionare nella meta-comunicazione pure la giusta distanza tra paziente/cliente e counselor (soccorritore), soprattutto di fronte a un utente adolescente.

A tal proposito (anche se estrapolato dal vero contesto, ossia riferito al lavoro di un terapeuta nel caso di un'adolescenza ferita) un professionista dovrà:

Cercare di mantenere una giusta distanza, da un lato per non colludere con i sentimenti e gli atteggiamenti trasgressivi dell'adolescente, dall'altro perché le proposte di aiuto non siano sentite come imposizioni, intrusioni nel suo spazio di vita ed emotivo.¹¹

E ancora:

Sono frequenti gli esempi di ragazzi, coinvolti in esperienze traumatiche multiple, che ostentano una specifica corazza di durezza e un desiderio di autonomia portato all'estremo, perché si sono troppe volte sentiti non compresi da genitori incapaci di rispondere ai loro bisogni e, nei casi più gravi, violenti e maltrattati.¹²

¹¹ Cfr., Berretti B., Chistolini M., Rnagone G., Vadilonga F., *L'adolescenza ferita. Un modello di presa in carico delle gravi crisi adolescenziali*, Milano 2003, p. 91 e seguenti.

¹² Ibidem, p. 90.

Conclusione

Al termine di questo breve esposto ritengo che una tematica tanto complessa si possa riprendere e analizzare in modo più approfondito e corretto solo dopo avere acquisito maggiori informazioni e conoscenze sulla comunicazione difficile. Una tipologia di comunicazione che sarà sviluppata nei prossimi moduli della formazione counselling proposti da ICoS.

Mi sono però resa conto, soprattutto dopo un colloquio con la Dr.ssa Cremonese, quale enorme importanza si debba attribuire all'ascolto attivo, alla narrazione e all'accoglienza empatica del cliente. Parlandone mi sono, infatti, accorta di come li ho sempre sottovalutati perché avevo, erroneamente, l'impressione di non fare nulla di utile per il paziente/cliente. Non desta, quindi, alcun stupore l'aver pensato e affermato di non essere stata utile, anzi inadeguata e impotente di fronte a una simile situazione di crisi esistenziale.

Ora, dopo aver ricevuto le prime basi teoriche di counselling, ho potuto fare miei alcuni insegnamenti fondamentali che mi permettono di valorizzare e apprezzare i primi approcci in un intervento di counselling (ossia, e come menzionato poc'anzi, l'ascolto attivo, la narrazione e l'accoglienza empatica). Inizialmente proprio a causa della loro semplicità, che non è affatto da interpretare come banalità, e a causa della sottovalutazione della loro reale rilevanza hanno potuto avere la meglio sentimenti di inutilità e impotenza. Giustamente, però, mi è stato segnalato che sono proprio quelle azioni, all'apparenza tanto banali e semplici, che devono essere giustamente valorizzate poiché conducono sulla via di un autentico e professionale "aiuto"¹³ al paziente/cliente.

A questo punto, e in riferimento al volontariato e alle professioni del soccorso d'urgenza, sorgono spontanee due domande. Sarebbe utile e opportuno integrare nozioni base di counselling nell'aggiornamento continuo, o addirittura nella formazione di base? E ancora, come possono essere integrate nell'intervento d'urgenza nozioni e tecniche di counselling?

Pian San Giacomo, 11.11.2006

In fede

¹³ Da segnalare che con il termine "aiuto" non si intende il voler risolvere problemi e difficoltà del cliente. Il compito del counselor porta, infatti, ad aiutare a scoprire le risorse e i limiti del cliente come pure a indicare eventuali indirizzi di professionisti del settore psicologico (psichiatrico), sociale e giudiziario.

Appendice

1. Presentazione del servizio 144, il numero da chiamare in Svizzera in caso di urgenze medico-sanitarie (corrisponde al 118 italiano). Tratta liberamente dal sito ufficiale www.144.ch

Per urgenze (malore, infortunio, incidente e prenotazione di trasferimenti e rimpatri) in Svizzera si deve comporre il numero



Una volta composto il numero 144 l'utente deve prepararsi a rispondere alle seguenti domande, che non sono affatto una perdita di tempo bensì utilissime perché consentono di inviare il mezzo più idoneo (il sistema informatico permette, inoltre, una gestione simultanea dell'invio del veicolo di soccorso e della raccolta delle informazioni inerenti l'intervento):

- **Dov'è esattamente l'urgenza?**
- **Qual è il suo numero di telefono?**
- **Qual è il problema, cos'è successo?**
- **(Quanti sono i pazienti?)**
- **Età e sesso dei pazienti?**
- **Risponde se lei lo chiama, reagisce se lo tocca?**
- **Respira, come respira?**

La centrale 144 (composta da 12 operatori professionisti - soccorritori professionisti diplomati IAS/CRS e/o infermieri specializzati - con la collaborazione di partner istituzionali del soccorso quali medici, ospedali, polizia e pompieri) è attiva dal settembre 1995 e assicura la gestione di richieste per soccorso sanitario e per ricovero in istituto ospedaliero (urgenti e non); informazioni di carattere sanitario: **0041 91 800 18 28** (picchetti medici, farmacie di turno); chiamate provenienti da sistemi di allarme per persone sole (Telesoccorso, Telealarm); allarme e supporto alla conduzione e al coordinamento dell'intervento sanitario in caso di incidente maggiore. Garantisce inoltre una migliore interpretazione e una più rapida risposta ai bisogni dell'utenza, garantita dalla

professionalità degli operatori; un coordinamento delle forze di intervento attive sul territorio cantonale.

Annualmente gestiscono in media: 148'854 chiamate, 17'092 interventi, 8'262 urgenti alla chiamata e 1'948 urgenze accertate. Tutti gli interventi sono regolarmente protocollati con l'ausilio di una scheda sanitaria cartacea ed informatizzata che permette l'elaborazione statistica in tempo reale.

2. Breve presentazione del servizio pre-ospedaliero in Ticino, in particolare dell'ente Tre Valli Soccorso (TVS) di Biasca. Tratto liberamente dal sito ufficiale www.trevallisoccorso.ch e dal sito www.fctsa.ch



Tre Valli Soccorso

Nel Cantone Ticino (Svizzera) sono operanti cinque servizi ambulanza operanti, uno di questi è Tre Valli Soccorso (TVS) con sede a Biasca.

Costituito il 16 dicembre 1999, è il risultato finale di diverse fusioni avvenute negli ultimi 10 anni (ancora nel 1987, le tre valli - Blenio, Leventina e Riviera - contavano la bellezza di sei servizi di proprietà delle sezioni samaritani o degli ospedali della regione).

Questo lascia intuire come la professionalizzazione e la ricerca qualitativa del soccorso pre-ospedaliero, abbiano influito sulla gestione finanziaria e strutturale dei servizi nell'ultimo decennio.

Tre Valli Soccorso è affiliato alla Federazione Cantonale Ticinese Servizi Ambulanza (FCTSA), dalla quale dipende per servizi quali la centrale d'allarme 144, gli atti medico-delegati (AMD) che per il tramite della commissione medica cantonale codificano le procedure medico-tecniche d'intervento, il sussidiamento del materiale (commissione tecnico-sanitaria), il sussidiamento del personale professionale, la regolamentazione della formazione continua e della Qualità per mandato dell'Interassociazione di Salvataggio (IAS. organo ufficiale per il controllo dei criteri di qualità in Svizzera).

Territorio d'intervento

Tre Valli Soccorso conta la superficie più vasta del cantone (995 km²) che comprende le tre valli; Valle Leventina, galleria autostradale del San Gottardo compresa, Valle di Blenio, fino al valico del passo del Lucomagno, e parte della Valle Riviera, fino a nord di Claro sul versante est del fiume Ticino mentre sul versante ovest fino a nord di Preonzo. Tre Valli Soccorso confina quindi con il comprensorio di un altro ente di soccorso pre-ospedaliero, ossia la Croce Verde di Bellinzona.

Inoltre interviene sull'asse autostradale Airolo-Bellinzona Nord, corsia sud e Biasca-Airolo, corsia nord, tunnel del San Gottardo compreso.

Nel territorio può contare su due ospedali "secondari" a Faido e Acquarossa.

Inoltre, d'inverno sono in funzione cinque stazioni sciistiche.

La popolazione residente è di 25'014 abitanti (popolazione legale permanente 2002).



Basi di stazionamento dei veicoli

TVS dispone di due basi di partenza delle proprie ambulanze, quella principale a Biasca e una base operativa ad Airolo.

Quest'ultima non è posizionata geograficamente in un punto strategico per la copertura del comprensorio, ma comprende una logica cantonale di copertura della galleria autostradale e ferroviaria del San Gottardo e della particolare situazione invernale (neve).

Il personale di Tre Valli Soccorso

Alle dipendenze di Tre Valli Soccorso sono attualmente impiegati:

- 15 soccorritori diplomati (in seguito SDP) + 1 SDI
- 5 soccorritori non diplomati (in seguito SNP)
- 5 soccorritori infermieri specialisti (in seguito SDS)
- 2 soccorritori infermieri in cure generali (in seguito SNI)
- 1 apprendista di commercio
- 1 direttore medico - MEU

Collaborano a titolo volontario:

- 68 soccorritori che prestano diverse ore con solo un rimborso delle spese vive, alcuni di questi sono infermieri specialisti, infermieri in cure generali e medici d'urgenza.

Soccorritore Diplomato (SDP)

Nel canton Ticino fino al 1998 la scuola per soccorritori professionali era gestita dalla Federazione Cantonale Ticinese Servizi Autoambulanze (FCTSA). Attualmente la formazione di soccorritore diplomato viene proposta dalla Scuola Cantonale in Cure Infermieristiche, sezione di Lugano, ed è conforme alle direttive della Croce Rossa Svizzera. Il periodo di formazione attuale è di tre anni a tempo pieno, analogamente alle formazioni in cure infermieristiche. Il Soccorritore Diplomato è un operatore sanitario, appositamente formato, che esercita la propria attività professionale in una struttura di soccorso pre-ospedaliero. Opera secondo competenze che può esercitare in parte su base autonoma e in parte attraverso l'applicazione di atti medico-delegati.

Il Soccorritore Specialista (SDS)

È un operatore sanitario che ha acquisito una formazione infermieristica di base, una specializzazione in anesthesiologia o cure intense e un'ulteriore formazione di soccorritore. Esercita la propria attività professionale in una struttura di soccorso pre-ospedaliero e opera in conformità di competenze che può esercitare in parte su base autonoma e in parte su delega medica. In quest'ultimo caso dispone di un livello di autonomia superiore a quello del soccorritore professionale.

Il Medico d'Urgenza (MEU)

È un professionista con attività in proprio con formazione ACLS-ATLS-PALS-PHTLS-AMLS o secondo curriculum specifico IAS ed esperienza in area critica. Lo stesso interviene su richiesta della CeOp 144 in appoggio all'equipaggio di soccorritori impegnati con pazienti in equilibrio vitale minacciato. È dotato di un veicolo prioritario (automedica) contenente i più aggiornati presidi per il trattamento di pazienti critici ed apparecchi di radiocomunicazione in contatto costante con la centrale d'allarme.

Il Soccorritore Volontario (SVB), autista (SVA)

È un soccorritore che ha terminato con successo il corso base di istruzione tecnico-sanitaria "FTSSVA", secondo le linee guida della FCTSA. Presta servizio regolarmente in equipaggio di ambulanza, garantendo almeno 200 ore l'anno di volontariato. La sua funzione è quella di assistere il SDP, il SDS e/o il medico secondo le mansioni per le quali è abilitato ad operare. A seguito di un'esperienza come soccorritore di almeno 300 ore, è auspicato possa assumere la funzione di autista del mezzo di soccorso, dopo aver ottenuto la licenza di condurre specifica (B-TPP) ed aver seguito una adeguata formazione interna.

Federazione cantonale ticinese servizio ambulanze (FCTSA)

Dal 1978 tutti i servizi ambulanze e le diverse associazioni operanti nell'ambito del soccorso pre-ospedaliero sono riunite sotto l'egida della Federazione Cantonale Ticinese dei Servizi Autoambulanze (FCTSA).

I membri sono Servizi ambulanze ticinesi, Rega (elisoccorso) e Associazione Sezioni Samaritani Ticino e Moesano

Gli scopi Protezione degli interessi degli enti
Promozione dello sviluppo e del perfezionamento
Collaborazione con l'autorità pubblica al miglioramento dell'organizzazione e dell'impiego del servizio di soccorso
Promozione della collaborazione tra gli enti

Le attività Gestione della Centrale di Allarme e Coordinamento Sanitario TICINO SOCCORSO 144
Gestione del Dispositivo d'intervento sanitario in caso di Incidente Maggiore DIM)
Coordinamento della formazione del personale impiegato nei servizi ambulanze
Partecipazione a diversi gruppi di lavoro nell'ambito dell'Interassociazione di Salvataggio (IAS)
Promozione e sviluppo dei criteri di qualità

Risorse in personale e mezzi

Oltre 130 unità di personale impiegato professionalmente e 460 soccorritori volontari.
46 mezzi tra ambulanze di salvataggio, di trasporto e automediche.

Bibliografia

Bateson Gregory, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1986.

Berretti Bianca, Chistolini Marco, Rangone Gloriana, Vadilonga Francesco, *L'adolescenza ferita. Un modello di presa a carico delle gravi crisi adolescenziali*, ed. FrancoAngeli, Milano 2003.

Bert G., Quadrino S. *L'arte di comunicare. Teoria e pratica del counselling sistemico*, CUEN, Napoli.

Bolby John, *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

Danon Marcella, *Counseling. La terapia per aiutare gli altri ad affrontare i propri problemi con un nuovo spirito*, edizioni red, Novara 2003.

Miglionico Achille, *Manuale di Comunicazione e di Counselling per medici, psicologi, e professionisti d'aiuto*, Centro scientifico editore, Torino 2000.

Selvini Palazzoni M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1998.

Watzlawick Paul, Beavin Janet Helmick, Jackson Don D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astolabio, Roma 1971.

Farnè Mario, Giovanelli Giuliana, *Psicologia*, Carlo Signorelli Editore, Milano 1998.

Oliverio Ferrarsi Anna, Oliverio Alberto, *Psicologia. I motivi del comportamento umano*, Zanichelli, Bologna 2002.

Lo Iacono Antonio, Troiano Mario (a cura di), *Psicologia dell'emergenza*, Editori Riuniti, Roma 2002.