

## HDM Psicologo (Psicologo reperibile)

TEMPI	FUNZIONI	COMPITI	COME	VERIFICA
<b>T0</b>	Riceve l'allarme dal Centro Coordinamento e Assistenza per le Emergenze Psicotraumatiche;	Valuta l'evento e la necessità di ulteriore supporto di risorse; Contatta i colleghi e se necessario chiede il supporto dei colleghi del Centro di Coordinamento.	Compila la scheda raccolta dati (allegato 1);	n° persone coinvolte, vittime accertate, tempi di arrivo previsti; Arrivo di ulteriore risorse, se attuabile.
<b>T1</b> (15 minuti)	Riceve l'allarme dal Centralino Aziendale.	Giungere in Pronto Soccorso nel più breve tempo possibile.		Presenza psicologo reperibile
<b>T2</b> (30/40 min.)	Stabilire priorità di intervento (Vittime o famiglie)	Coordinamento con HDM Coordinatore medico disaster manager PS e HDM medico di direzione sanitaria.	Colloquio per definire le priorità con HDM Coordinatore medico disaster manager PS .	Presenza psicologo reperibile
	Accoglienza e sostegno psicologico	<b>Codici Verdi:</b> identificare le persone a rischio di successiva insorgenza di disturbi da stress.	Aggiorna o compila le schede triage psicologico (allegato 2).	Schede compilate e presenti nella documentazione clinica.
	Gestione Area accoglienza parenti e visitatori in collaborazione con URP e assistenti sociali	Accoglienza parenti e quanti siano alla ricerca di persone di cui hanno perso le tracce, attraverso la redazione della scheda area accoglienza MAF.	Valuta le esigenze informative dei specifici gruppi.	Garantisce il flusso delle informazioni.
	Sostegno psicologico Area parenti e visitatori	<b>Area Parenti:</b> salvaguardata la privacy ed attivare colloqui di sostegno.	Colloqui singoli e personali con i parenti e visitatori.	n° colloqui effettuati

Allegato 1.

**Scheda Raccolta dati Allarme (1° comunicazione)**

Tipologia Incidente	
Località incidente	
N° possibili persone coinvolte	

N° pazienti inviati	
Codici rossi	
Codici gialli	
Codici verdi	

Fino a 10 pazienti o Parenti -> 1 psicologo

Richiesta altri psicologi	SI	NO
---------------------------	----	----

se SI vengono attivati:

Psicologi Aziendali	SI	NO
Psicologi Esterni	SI	NO

Allegato 2.

**SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO (ADULTI)**

DATA	PSICOLOGO
LUOGO DELL'EVENTO	CODICE PSI TRIAGE: <b>0 1 2 3 NT</b>
<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>
LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	TELEF.
SESSO: <b>M F</b>	
<b>ACCOMPAGNATORE:</b>	FAMILIARI SOCCORRITORE
	NESSUNO ALTRO
<b>MANIFESTAZIONI COMPORTAMENTALI RILEVATE</b>	
• Comportamenti adeguati	<b>CODICE PSI 0</b>
• Reazioni di panico	<b>CODICE PSI 1</b>
• Accentuata sintomatologia fisica	<b>CODICE PSI 2</b>
• Forte compromissione del controllo emotivo	<b>CODICE PSI 3</b>

<b>PRESENZA/ASSENZA DI RISORSE:</b>			
• Rassicurazione	accetta	<input type="checkbox"/>	rifiuta <input type="checkbox"/>
• Contatto fisico	accetta	<input type="checkbox"/>	rifiuta <input type="checkbox"/>
• Supporto familiare	presente	<input type="checkbox"/>	assente <input type="checkbox"/>
<b>TIPO DI INTERVENTO EFFETTUATO:</b>			

<b>RICOVERO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>REPARTO:</b>
<input type="checkbox"/>	Richiesta di intervento Psichiatrico		
<input type="checkbox"/>	Invio Servizio di Psicologia dell'ospedale		
<input type="checkbox"/>	Invio Servizio Sanitario Territoriale		
<input type="checkbox"/>	Invio Strutture di Accoglienza		
<b>Altro:</b>			
<b>Codice PSI:</b> _____		<b>Firma compilatore:</b> _____	

### SCHEDA DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA ( MINORI)

DATA	PSICOLOGO
LUOGO DELL'EVENTO	CODICE PSI TRIAGE: 1 2 3 NT
<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>
LUOGO E DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	TELEF.
SESSO:    M        F	
ADULTO DI RIFERIMENTO: MADRE      PADRE      ALTRO PARENTE (specificare)	
SOCCORRITORE                      ALTRO	

<b>MANIFESTAZIONI COMPORTAMENTALI RILEVATE</b>		
<b>FINO A 5 AA</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamento adeguato ma agitato</li><li>• Comportamenti ambivalenti: vicinanza/lontananza; iperattività/ridotta reattività. Regressioni</li><li>• Disperazione o assenza di reazione agli stimoli</li></ul>	<b>CODICE PSI 1</b> <b>CODICE PSI 2</b> <b>CODICE PSI 3</b>	
<b>6 – 11 AA</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamento adeguato ma agitato</li><li>• Comportamenti regressivi e/o disorientamento spazio-temporale. Poco collaborativo</li><li>• Disperazione/aggressività o assenza di reazione agli stimoli</li></ul>	<b>CODICE PSI 1</b> <b>CODICE PSI 2</b> <b>CODICE PSI 3</b>	
<b>12 AA ED OLTRE</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamento adeguato ma sintomatologia fisica e/o vagale</li><li>• Comportamenti inadeguati con reazioni di panico e/o disorientamento spazio-temporale</li><li>• Comportamenti aggressivi/oppositivi o completa chiusura</li></ul>	<b>CODICE PSI 1</b> <b>CODICE PSI 2</b> <b>CODICE PSI 3</b>	
<b>PRESENZA/ASSENZA DI RISORSE</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rassicurazione</li><li>• Contatto fisico</li><li>• Supporto familiare</li></ul>	<b>accetta</b> <input type="checkbox"/> <b>rifiuta</b> <input type="checkbox"/> <b>accetta</b> <input type="checkbox"/> <b>rifiuta</b> <input type="checkbox"/> <b>presente</b> <input type="checkbox"/> <b>assente</b> <input type="checkbox"/>	
<b>TIPO DI INTERVENTO EFFETTUATO:</b>		
<b>RICOVERO</b>	<b>SI</b> <b>NO</b>	<b>REPARTO:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Richiesta di intervento Psichiatrico</li><li>• Invio Servizio di Psicologia dell'ospedale</li><li>• Invio Servizio Sanitario Territoriale</li><li>• Invio Strutture di Accoglienza</li></ul>		
<b>Altro:</b>		
<b>Codice PSI:</b> _____ <b>Firma compilatore:</b> _____		

