



ISPETTORATO NAZIONALE
DEL CORPO MILITARE
DELLA CROCE ROSSA ITALIANA
AUSILIARIO DELLE FORZE ARMATE

XVI Convegno Nazionale degli Ufficiali Medici e del Personale Sanitario della CROCE ROSSA ITALIANA

Atti della Sessione Poster

A cura del Ten. Med. CRI Fabio RISPOLI



Viareggio (LU) 2-5 Ottobre 2014



Segreteria Organizzativa

Ispettorato Nazionale del Corpo Militare C.R.I.
Ufficio Sanità
Via Luigi Pierantoni, 3/5 - 00146 ROMA
Tel. 06/55244946
Cell. 339/3719383
Fax 06/55244963
E-mail: san.incm@cri.it

Sede del Convegno

Centro Congressi Principe di Piemonte
Viale Marconi, 130 - 55049 Viareggio (LU)

Provider ECM n° 2560

Ispettorato Nazionale del Corpo Militare C.R.I.
Ufficio Sanità

Crediti ECM

Evento registrato presso il Ministero
della Salute
Age. Na. S. N° 106394
Crediti riconosciuti: 16

COMITATO D'ONORE

Avv. Francesco ROCCA

Presidente Nazionale della Croce Rossa Italiana

Gen. C.A. Marco BERTOLINI

Comandante del Comando Operativo di vertice Interforze del Ministero della Difesa

Ten. Gen. Federico MARMO

Ispettore Generale della Sanità Militare

Gen. Isp. Capo Enrico TOMAO

Capo del Corpo Sanitario dell'Aeronautica Militare

Magg. Gen. Francesco TONTOLI

Comandante di Sanità e Veterinaria del Comando Logistico dell'Esercito

Magg. Gen. Mario Alberto GERMANI

Direttore del Policlinico Militare di Roma "Celio"

Amm. Isp. Enrico MASCIA

Capo del Corpo Sanitario e dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare

Prefetto Dott. Carlo BOFFI

Vice Capo Dipartimento Direzione Centrale per la Difesa Civile
e le Politiche di Protezione Civile

PRESIDENTE DEL CONVEGNO

Magg. Gen. C.R.I. Gabriele LUPINI

Ispettore Nazionale del Corpo Militare della C.R.I.

COMITATO SCIENTIFICO

Prof. Giovanni ARCUDI

Col. Med. C.R.I. Ettore CALZOLARI

Col. Med. C.R.I. Alessandro PAGLIACCI

Col. com. C.R.I. Pasqualino APPOLLONI

Ten. Col. Med. C.R.I. Romano TRIPODI



Un parto precipitoso in acque internazionali sulla nave militare “Euro” durante l’operazione “Mare Nostrum”. Case Report

TV (SAN) Mariapaola Cesca[∞]

Cap. com. CRI Istvan Piffer Gamberoni[#]

C.1[^] cl. SS/I Mario Moscato^{*}

[∞] Ufficiale Medico, Marina Militare Italiana, Capo Componente sanitaria Role 1 di Nave “Euro”

[#] Ufficiale del Corpo Militare CRI, Infermiere Spec. in Area Critica, III Centro di Mobilitazione

^{*} Sottufficiale infermiere, Marina Militare Italiana, Componente sanitaria Role 1 di Nave “Euro”

Introduzione: Le emergenze ostetriche sono rare in ambiente extraospedaliero, risultando impegnative per il personale sanitario sia a livello clinico che emozionale, specie se affrontate su una nave non appositamente attrezzata e lontano dalle coste.

Il contesto: L’operazione “Mare Nostrum”, prevede, dal 2013, il rafforzamento del dispositivo di sorveglianza e soccorso in alto mare. La Marina Militare Italiana, con il concorso di svariati enti, tra cui, dal giugno 2014, operatori sanitari imbarcati del Corpo Militare CRI, è impegnata quotidianamente in difficili missioni di salvataggio.

Metodi: Descriviamo il caso di parto precipitoso eutocico di una giovane migrante soccorsa da parte del personale sanitario del Role 1 della Fregata A/S “Euro” (figura) durante la giornata del 06 settembre 2014, a oltre 250 miglia dalle coste nazionali. Durante la preliminare procedura ispettiva in mare, l’Ufficiale medico comunicava la presenza di una giovane donna in travaglio: compreso che



il parto era imminente, si decideva di assisterla a bordo. Nel mentre si predisponeva l’operabilità dell’elicottero in dotazione e si organizzava un contatto in teleconferenza con un medico specialista.

Descrizione del caso: Donna, 23 anni, nazionalità del Gambia, residente in Libia da 6 anni. Accompagnata dal marito e dal primo figlio di 3 aa. Dialoga in lingua mandinka e, con difficoltà, comprende l’inglese. L’arrivo su Nave “Euro”, nell’area predisposta all’interno dell’hangar della componente Aero-Navale, si registra alle 12.45 circa.

APR: Negativa. G1P1. Non allergie a farmaci. Nessuna complicanza prenatale riferita.

E.O. sensorio e funzioni relazionali integri. All’ispezione generale la giovane multigravida si presenta astenica, in periodo intra-partum senza indicazioni temporali certe inerenti l’inizio delle contrazioni, dolorante da contrazioni e posizione obbligata nel gommone. La facies è composita, normotipica, africana di colore. Non presenta segni cutanei patologici. A livello addominale lo stato gravidico risulta con una distanza fondo-xifoidea di circa 4/5 cm. Alla auscultazione i campi polmonari non presentano positività alcuna; gli atti respiratori sono 20/24 a minuto. Non vengono riscontrati segni di cianosi o sofferenze respiratoria, unici reperti riscontrabili in assenza di un pulsossimetro. La pressione arteriosa iniziale è di 115/70 con 80 bpm regolari. Il riempimento capillare è minore di 2 secondi; temperatura esterna di 36.8 °C; il valore glicemico risulta di 74 mg/dl. All’esame ostetrico, tramite le manovre di Leopold che suffragano la presentazione cefalica di un feto, viene riscontrata una dilatazione di 2/3 cm circa con contrazioni ogni 5/6 minuti. Non vi



sono emorragie in atto. Lo stato delle membrane amniotiche è ancora intatto. Il battito fetale non viene registrato per mancanza di presidi.

Viene predisposta una linea infusiva periferica e somministrati per via orale liquidi con integratori salini. La fase di transizione del primo stadio ha inizio alle 14.20 circa, con un aumento delle contrazioni, sia come frequenza che durata e una dilatazione completa. La Presentazione risulta essere cefalica con posizione occipitale trasversa destra: il coronamento completo avviene alle 15.15. Estensione e espulsione si compiono naturalmente con il solo supporto di un operatore. Alle 15.23 la completa espulsione della neonata, accompagnata dal primo respiro, ne sanciscono la nascita: a 2 minuti viene clampato il cordone ombelicale. La neonata presenta un indice di APGAR di 8 punti (A0,P2,G2,A2,R2) a 1 minuto dalla nascita e di 10 punti a 5 minuti. Il secondamento termina alle 15.51, con la presentazione della placenta "Shultze lucido". Si procede quindi alla risoluzione della lacerazione perineale di 2° grado tramite punti di sutura. Infine viene effettuato un massaggio uterino esterno. La madre successivamente viene condotta in infermeria per ricongiungersi con la neonata. Alla puerpera viene somministrato, a scopo profilattico, acido tranexamico 500 mg.

All'interno del Role 1 veniva approntato un posto letto "ad hoc" con assistenza continua.

Il giorno successivo, raggiunto il porto di Reggio Calabria, la madre e la neonata, con il proprio nucleo familiare al completo, vengono affidate in condizioni psico-fisiche stabili al personale del 118 locale. L'atto di nascita cita: "IAMBANDI YETE, di sesso femminile, del peso di 2,4 Kg. e lunghezza di 49 cm, nata su Nave "EURO" con unità in navigazione in posizione "Lat. 33'28' N Long. 013"39".

Risultati e conclusioni: L'approccio all'evento proposto, pur presentando all'esordio molte incognite, sia di natura clinica che logistica, si è risolto positivamente. La stretta collaborazione degli operatori sanitari e il supporto di tutto l'equipaggio della nave, oltre a quello remoto di consulenza specialistica, ha agevolato la gestione dell'emergenza a cui si è risposto.



Emergenza “Ebola”: sfide per la gestione dei contatti ad alto rischio/casi sospetti e la protezione degli operatori sanitari. Un caso clinico.

S.Ten. com. CRI Ulisse Frontori, Dott. Giulia Acquistapace, Inf. Coord. Dott. Aurelio Farina, Dott. Anna Manelli, Prof. Giovanni Ricevuti

Background: La recente epidemia da virus Ebola registrata in Africa Occidentale (Guinea, Liberia, Nigeria e Sierra Leone), definita dall’OMS un “evento straordinario” (al 16 agosto us 2240 casi, di cui 1229 decessi dichiarati) e rischio per la sanità pubblica di altri Stati, ha portato l’esigenza di definire delle linee guida che siano in grado di fornire procedure per la gestione di eventuali contatti, casi sospetti o confermati (Tabella 1). Le possibili conseguenze di una ulteriore diffusione internazionale sono particolarmente gravi in vista della virulenza del virus, delle modalità di trasmissione in comunità e strutture sanitarie e dei deboli sistemi sanitari nei Paesi attualmente affetti e di quelli più a rischio. Tutti gli Stati Membri sono stati chiamati a fornire una serie di informazioni ai cittadini e ai viaggiatori internazionali e ad allestire sistemi di individuazione, diagnosi e gestione dei casi sospetti. Il Ministero della Salute ha messo a punto una flow chart per la diagnosi iniziale e le strategie di isolamento del paziente a rischio (Tabella 2).

Caso clinico: GG, 30 anni, giunge nel Pronto Soccorso di Lodi previo contatto telefonico del 118 (soccorritori preallertati e forniti di maschere FFP3): viene segnalata febbre (39.8°C, resistente a terapia con paracetamolo) in paziente che ha soggiornato in Nigeria per lavoro per 9 mesi, con rientro 7 giorni or sono. Il paziente aveva correttamente assunto vaccino antimalarico (meflochina, poi sostituito con atovaquone + proguanile per intolleranza). Viene immediatamente contattato il consulente infettivologo, che conferma come da protocollo regionale la disponibilità di 1 posto letto c/o USC Malattie Infettive dell’AO di Lodi (PO S. Angelo Lodi). La visita viene eseguita con presidi di protezione specifici, in quanto classificato come caso sospetto sintomatico a basso rischio (camice monouso + grembiule idrorepellente, guanti monouso, maschera protettiva, occhiali protettivi) ed isolato presso i locali deputati del Pronto Soccorso (senza servizi igienici dedicati e sistemi di ventilazione a pressione negativa, zone filtro a pressione negativa e filtrazione dell’aria in uscita con filtri HEPA). Vengono eseguiti i prelievi ed inviati al laboratorio locale per la diagnosi differenziale: dopo circa un ora viene formulata da lettura di vetrino diagnosi di malaria da plasmodium falciparum, con successivo ricovero in malattie infettive. I parenti, giunti al seguito, non sono stati isolati con alcun presidio.

Conclusioni: Nonostante il caso non abbia poi avuto conferma diagnostica di Ebola, il protocollo locale ha permesso un’adeguata protezione degli operatori ed una gestione ottimale del paziente. Molto deve essere ancora approntato in merito alla gestione dei contatti con caso sospetto, per i quali il protocollo aziendale non prevede l’osservazione in luoghi specifici fino al momento della diagnosi.



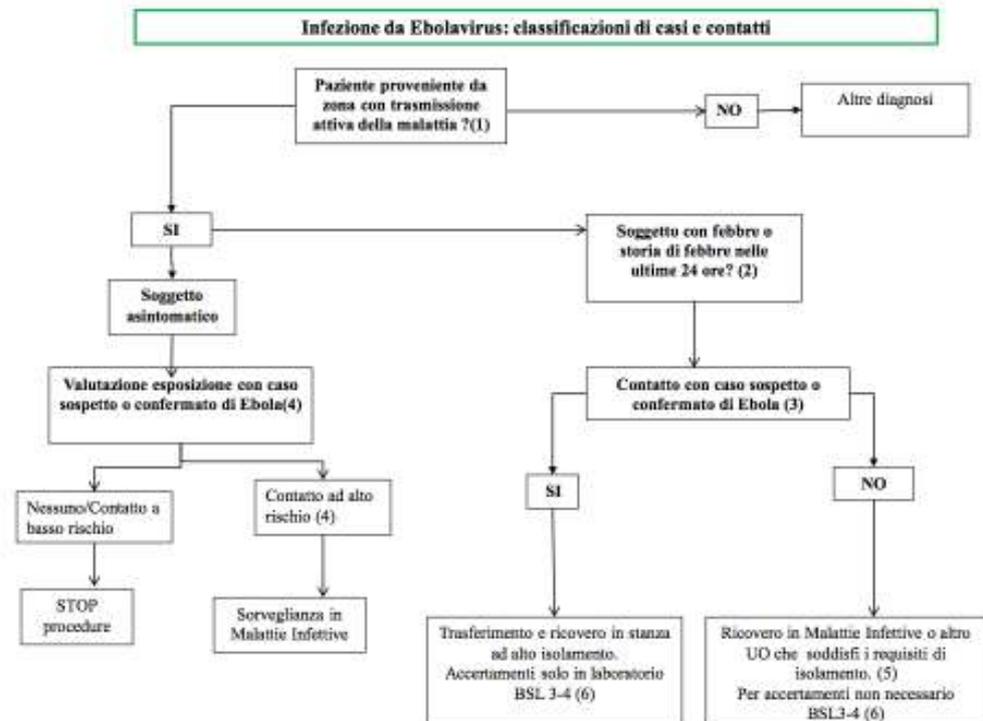
Classificazione	Ricovero	Protezione aggiuntive operatore	Diagnostica	Trasporto
Contatto asintomatico				
- contatto casuale ⁽¹⁾	Nessuno	nessuna	nessuna	nessuna
- contatto stretto ⁽²⁾	Malattie Infettive per sorveglianza	nessuna	nessuna	nessuna
Caso sospetto sintomatico (febbre)				
- a basso rischio (nessun contatto con caso probabile o confermato)	Malattie Infettive in isolamento a pressione negativa ⁽³⁾	In base ai sintomi del paziente	In Laboratorio ordinario con procedure standard	Con barella ordinaria e impiego di DPI adeguati
- ad alto rischio (qualsiasi contatto)	Isolamento in HUU Malattie Infettive	In base ai sintomi del paziente	In laboratorio BSL 3-4	Alto biocontenimento
Caso probabile o confermato				
- con diagnosi clinica o di laboratorio	Isolamento in HUU Malattie Infettive	In base ai sintomi del paziente	In laboratorio BSL 3-4	Alto biocontenimento

¹ *contatti casuali*: Es.: viaggio aereo o soggiorno nello stesso albergo di un malato; viaggi su mezzi pubblici a fianco di malato; personale sanitario adeguatamente protetto

² *contatti stretti* vanno considerati:

- a basso rischio: contatto faccia a faccia senza DPI adeguati con malato febbrile deambulante. Sono compresi anche i familiari e i sanitari (esame obiettivo, misurazione febbre o della pressione arteriosa) che lo hanno assistito durante la malattia
- a rischio moderato: contatto faccia a faccia senza DPI adeguati con malato grave (vomito o fosse o diarrea o epistassi o altri sanguinamenti)
- ad alto rischio: contatti mucosi come bacio o rapporto sessuale o puntura accidentale o ferita penetrante con contatto con materiali biologici di paziente grave o con diagnosi accertata

³ Caratteristiche UO di Malattie Infettive: stanze singole di isolamento dotate di servizi igienici e con sistemi di ventilazione con pressione negativa e filtrazione dell'aria in uscita con filtri HEPA





Previsione e prevenzione del rischio nosocomiale tramite P.E.I.M.A.F.

Domenico Maddaloni, Antonio Setaro, Franco Stroppa, Lucia Grottini, Fabio Romitelli

Corpo Militare della Croce Rossa Italiana

Da 10 anni, cioè dalla fine del 2004, tutti gli ospedali delle Marche sono dotati di Piani di Emergenza Interni per il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF).

Non è raro infatti che un ospedale si trovi, a seguito di una maxiemergenza, a dover improvvisamente soccorrere un gran numero di feriti, con conseguente inadeguatezza dei servizi.

Altrettanto frequente è la possibilità che la struttura ospedaliera subisca dei danneggiamenti a causa di eventi naturali (tsunami, terremoti, incendi...) e che questo comporti diminuzione della



sua operatività, fino ad arrivare a casi estremi di evacuazione parziale o totale dei degenti.

C'è chi in Croce Rossa ricorda l'Ospedale da Campo CRI di Vakarai, nello Sri Lanka, che a causa dello Tsunami, prese il posto dell'istituendo Ospedale dei Tamil; chi ricorda gli Ospedali di Mansehra in Pakistan, di S. Salvatore de L'Aquila, di Saint Damien a Port-au-Prince in Haiti, evacuati dopo le relative scosse sismiche (vedi foto).

Si è sentita così la necessità di definire precise procedure, pianificate in tempo di normalità, poiché l'ospedale

rappresenta comunque l'ultimo anello della catena dei soccorsi.

E' evidente che la predisposizione dei piani di emergenza non deve consistere in una mera espansione della risposta sanitaria di routine, ma al contrario, inizialmente dovrà essere formulato sulle strutture e sugli organici esistenti, per essere operativo senza ritardi di attuazione e senza aggravio di costi, garantendo lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero di personale a causa di ferie, di festività o di fasce orarie (notte). Ed è proprio da questa dotazione minima che bisogna partire per garantire l'assistenza al più elevato numero di pazienti nella pianificazione della risposta ospedaliera. La capacità di un ospedale di rispondere ad un evento eccezionale si esprime attraverso il numero dei pazienti gravi, rossi e gialli, che lo stesso può trattare nella prima ora di emergenza.

La formazione continua di personale interno garantisce poi la revisione e la diffusione dei PEIMAF, periodicamente sottoposti a verifica interna ed esterna con simulazioni, a sorpresa, coordinate dalla Regione per mezzo del Servizio Protezione Civile e Sicurezza Locale e l'ARES (Associazione Regionale Emergenza Sanitaria e Sociale). A tali verifiche segue la revisione critica dei piani ed eventuale modifica laddove si siano evidenziate carenze.

E' previsto infine il contributo di psicologi formati sulle tematiche proprie della Medicina delle Catastrofi, che presiedono il cosiddetto "debriefing" per far emergere le problematiche scaturite dall'esperienza vissuta (revisione critica del vissuto emozionale).



Traumatologia maxillo – facciale in scenari bellici

Ten. Col. Med. CRI (cgd) Giovanni Davide Galeota, Ten. Med. CRI (cgd) Antonio D'Alessandro, C.le magg. CRI (cgd) Stud. Med. Andrea D'Alessandro, Stud. Med. Alberto Maria Galeota, Asp. Uff. Med. CRI Francesco Quadrozzi

Università degli Studi dell'Aquila

Le lesioni maxillo-facciali in scenari bellici riguardano le parti molli, l'architettura ossea e i denti, vista la frequente esposizione del volto. Nei traumi gravi si devono, innanzitutto, trattare le urgenze vitali respiratorie e circolatorie. In caso di politrauma devono anche essere ricercate e trattate le altre urgenze (Role 1-2). La gestione del trauma maxillo-facciale richiede un esame obiettivo metodico e un bilancio radiologico completo, garantito, il più delle volte, dalla tomografia. La riparazione delle parti molli è delicata e richiede un materiale sanitario fine e adeguato. Sono talvolta indicate delle tecniche di chirurgia plastica e ricostruttiva. Il trattamento delle fratture ossee varia a seconda della loro localizzazione e della loro importanza. L'uso di placche di osteosintesi facilita la contenzione e l'assistenza postoperatoria. Le lesioni dentarie presentano molteplici forme; tra queste le lussazioni totali richiedono un reimpianto rapido. Nel caso di lesioni da scoppio si verifica, frequentemente, un politraumatismo con altri distretti coinvolti come il neurocranio, le regioni toraco-addominali e gli arti supero-inferiori. In tal caso, superata la fase critica e la stabilizzazione dei parametri vitali, e' necessaria la multidisciplinarietà dell'intervento (Role 3, 4), atto a garantire le procedure tecnico-operative nel trattamento del traumatizzato, per cui potrebbe essere necessaria la pianificazione di trasporto mediante avio mobile (Medevac).



Istituzione del Gruppo di Studio SIAARTI “Anestesia in Ambito Militare”

Magg. Med. CRI Paolo Marin, Ten. Med. CRI Fabio Rispoli, Ten. Col. Med. CRI Romano Tripodi

Corpo Militare della Croce Rossa Italiana

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), nel marzo 2014 ha approvato la costituzione del Gruppo di Studio (GdS) “Anestesia in Ambito Militare”, fortemente voluto dagli anestesisti rianimatori del Corpo Militare CRI e grazie al sostegno dell’Ispettore Nazionale, Magg. Gen. Gabriele Lupini. E’ la prima volta in assoluto in Italia che una società scientifica ammetta un gruppo di medici militari con finalità di studio e ricerca.

Tale gruppo comprende anestesisti operanti a tempo pieno in ospedali e strutture sanitarie militari ed anestesisti che lavorano quotidianamente in ospedali civili e che, essendo appartenenti al Corpo Militare della CRI o alla “Riserva selezionata” delle Forze Armate, partecipano a missioni nazionali ed internazionali.

Per la tipologia delle patologie principalmente trattate (ferite

d’arma da fuoco, da esplosione, da ustione, da schiacciamento), la figura dell’anestesista rianimatore assume un ruolo da protagonista tra tutte le specialità mediche presenti sul campo.

Il GdS si propone di instaurare rapporti con società scientifiche internazionali affini per interessi, di promuovere la ricerca e di concorrere alla stesura di linee guida e protocolli comportamentali anestesiológicos in ambito militare.

Possono partecipare al GdS anche anestesisti interessati alle tematiche trattate e non appartenenti ad alcuna organizzazione militare.



Principali obiettivi

- Sviluppare la ricerca e la produzione scientifica relativamente all’ Anestesia in ambito militare
- Produrre linee guida da applicare in teatro operativo ed in ambito di calamità naturali (maxiemergenze)
- Promuovere attività formative sulle specifiche tematiche del GdS

Strategie

- Individuazione e valutazione degli obbiettivi da approfondire
- Partecipazione a congressi ed a riunioni internazionali inerenti le tematiche trattate dal GdS
- Scambi di esperienze con organizzazioni e società scientifiche estere
- Proposte di lavoro da sottoporre al Consiglio Direttivo SIAARTI
- Divisione dei compiti tra i soci del GdS
- Riunioni di lavoro per discutere e condividere i risultati ottenuti
- Revisione del lavoro
- Presentazione delle bozze al Consiglio Direttivo SIAARTI
- Pubblicazione del risultato finale



L'HACCP locale in contesti campali

Ten. Med. CRI Antonio D'Alessandro, C.le magg. CRI Andrea D'Alessandro, Ten. Col. Med. CRI Giovanni Davide Galeota, Stud. Med. Alberto Maria Galeota, Asp. Uff. Med. CRI Francesco Quadrozzi

L'analisi HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) locale in contesti campali riveste una notevole importanza logistica e strategica, in quanto indispensabile per il controllo della salubrità e dell'igiene degli alimenti somministrati e, quindi, per il mantenimento delle condizioni di salute ottimali del personale militare impiegato. Nel corso degli ultimi anni sono state proposte varie soluzioni per analizzare, sotto il profilo microbiologico, non solo l'acqua potabile ed altri liquidi, ma anche gli alimenti solidi. Il sistema che, al momento, sembra più rispondente alle specifiche esigenze operative, sotto il profilo dei tempi di analisi, della semplicità d'uso, della precisione, della selettività, della trasportabilità e dei costi, è il MBS-HACCP&WATER EASY TEST (MBS srl, Rome, Italy). Il metodo utilizzato dal sistema, validato secondo le norme ISO 16140:2003, è basato sull'osservazione della variazione cromatica che avviene nella sospensione contenuta in un flacone, a seguito dell'introduzione del campione di alimento da analizzare, al termine di un tempo prestabilito. Non è necessaria alcuna preparazione preliminare dell'alimento da esaminare, che viene introdotto tal quale nel flacone. Sono disponibili kit per la determinazione di coliformi ed E. coli, enterobatteriacee, *Stafilococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Salmonella*, *Listeria*, *Enterococcus faecalis* ed altri microrganismi. Il sistema può essere interfacciato con un multireader automatico portatile, in grado di effettuare l'incubazione e la conta batterica di 8 campioni simultaneamente, per mezzo di uno spettrofotometro a tre frequenze dedicato, con successiva integrazione dei risultati attraverso un PC portatile dotato di software specifico. Il metodo descritto sembrerebbe idoneo per migliorare la sicurezza alimentare nelle missioni fuori area, nelle catastrofi, in caso di approvvigionamento diretto di viveri ed acqua ed in tutte le condizioni operative in cui non sia possibile fare riferimento ad un laboratorio analisi, anche shelterizzato.



Dopo il Tifone Yolanda

°*Domenico Maddaloni, *Chiara Pallottelli, *Michela Golluccio, *Gelsomina Simeone, °Fabio Romitelli

°Corpo Militare Croce Rossa Italiana

*U.O.C. Pediatria – Fabriano, Dipartimento Materno Infantile - AV2 ASUR Marche

8 novembre 2013, ore 4,40: il Tifone Haiyan, familiarmente chiamato “Yolanda”, tocca terra nelle Filippine, seminando morte e distruzione. Al termine della prima fase dell'emergenza si contano: 6.183 morti, 28.626 feriti e 1.785 dispersi. Una delle isole maggiormente colpite è quella di Leyte, dove il capoluogo Tacloban risulta completamente distrutto. A fronte delle richieste di aiuto internazionale, il Meccanismo Europeo di PC



invia a Barangay San Esteban, sobborgo di Burauen, il PMA italiano della Regione Marche, con tutta la sua struttura sanitaria (22 infermieri, 14 medici, 2 psicologi, 1 tecnico di sanità pubblica) ma anche con logisti (12), tecnici regionali (4) e funzionari della PC (6), la maggior parte volontari opportunamente addestrati e formati per questo tipo di missioni. Malgrado le difficoltà (reperimento di viveri, mancanza di acqua, mancanza di elettricità) la missione, suddivisa in due turni, ha operato per un mese sul posto, con grande accoglienza da parte della popolazione (vedi foto). Sono stati visitati 969 uomini e 1122 donne, di cui circa il 30% in

età evolutiva. Sono stati gestiti traumi con interventi di chirurgia minore, affezioni respiratorie, gastroenteriche, parassitosi, infezioni cutanee ed oculari.

Ci è sembrato normale farlo. Ma normalità non vuol dire semplicità; ci sono cose difficili che diventano normali solo se ci si prepara, ci si allena, si studia, si impara a lavorare con gli altri, si mettono insieme professionalità ed esperienza.

Credo che pochi abbiano saputo di questa missione: non è stata data alcuna "copertura mediatica" all'evento per "rispetto verso il momento di crisi che attraversa il paese", come se ci si debba vergognare nell'offrire il proprio aiuto a chi ha bisogno! Tanto meglio, perché così rappresenterà ancor di più un buon esempio di normalità, senza pubblicità.

Tra quanti lavorano in missione, non ho mai trovato individualisti, carrieristi sfrenati, cultori dell'immagine: nessuno di noi soffre per l'astinenza dalla notorietà ed il digiuno di successo mediatico. E' giusto e normale che sia così. Lontani dai burocratismi distraenti cui ci costringe il





nostro lavoro quotidiano, in missione, concentrati, viviamo con pena gli errori, gli sbagli, le cose non soddisfacenti che facciamo e che cerchiamo di correggere al volo, anche senza risorse. Ma il bisogno di tecnicismo non vince sul bisogno della solidarietà. Come la vedo io, è stato un dovere. E' un dovere!



Il sostegno psicologico nei grandi eventi

*Francesca Spacca, °Domenico Maddaloni, °Marco Cingolani, °Fabio Romitelli, *Lisa Lenci

°Corpo Militare Croce Rossa Italiana

*Consultorio Familiare Distretto Sanitario AV2 -FABRIANO - ASUR Marche

^Dipartimento Materno-Infantile AV2 - FABRIANO -ASUR Marche

A volte la partecipazione ad eventi straordinari (anche festosi ed entusiasmanti) può favorire reazioni ansiose dovute a vari fattori, tra cui la stanchezza, l'elevato impegno e in particolare il forte coinvolgimento emotivo. Tali manifestazioni possono presentarsi sia nei partecipanti all'evento sia nel personale adibito al soccorso.

Pertanto le Associazioni di Volontariato e la Protezione Civile propongono interventi di assistenza sanitaria e psicologica con personale qualificato in eventi quali grandi raduni di massa, spettacoli ed eventi nazionali, come quello con il Pontefice che periodicamente, circa ogni 3 anni, si svolge a Loreto.

Queste giornate coinvolgono di solito mezzo milione di fedeli; quindi ogni volta si è ritenuto opportuno allestire un ospedale da campo e attivare un servizio di sostegno psicologico rivolto sia ai partecipanti che agli operatori dedicati al primo intervento. Per le persone in difficoltà sono stati proposti due momenti: una prima fase di accoglienza volta a comprendere i bisogni e contenere gli stati emotivi, una seconda di counseling individuale finalizzato ad aiutare le persone a ripristinare uno stato di equilibrio emozionale ed elaborare quanto accaduto.

Per gli operatori sono stati organizzati degli incontri di gruppo strutturati in base alla tecnica del debriefing (Critical Incident Stress Debriefing). Tale intervento è finalizzato a discutere e



rielaborare quanto vissuto durante un evento critico-traumatico. Per la sua gestione è necessaria la presenza di uno psicologo o di un operatore qualificato per i servizi di emergenza. L'obiettivo è quello di evitare un eccessivo e incontrollato coinvolgimento emotivo dei soccorritori che potrebbe provocare uno stato di burn out.

Durante l'evento si sono verificate diverse emergenze che hanno richiesto un intervento specifico e variegato. In particolare sono stati riscontrate le seguenti difficoltà: attacchi di panico, attacchi d'ansia,



agorafobia, disorientamento.

Al contempo per gli operatori è stato molto importante il momento di incontro finale, avvenuto al termine delle attività di soccorso. Infatti durante il debriefing i soccorritori hanno potuto raccontare la propria esperienza ed esprimere i vissuti emotivi positivi e negativi al fine di rielaborare quanto accaduto per evitare ripercussioni successive.

Questo tipo d'intervento si è mostrato proficuo e necessario per dare sostegno e contenimento ai bisogni emotivi sia dei partecipanti sia del personale addetto ai soccorsi che possono essere sottoposti ad un carico emotivo troppo intenso. Pertanto si è ritenuto opportuno riproporre il progetto non solo in manifestazioni liete, ma soprattutto in occasione di eventi traumatici.



L'odontoiatria al servizio dei militari

S. Ten. com. CRI Giuseppe Lucchesi, dottore in Odontoiatria e protesi dentaria

Corpo Militare della Croce Rossa Italiana

Il corpo umano è considerato macchina perfetta se i sistemi di organi ed apparati che lo compongono sono strettamente correlati funzionalmente. Per il benessere fisico e mentale di un individuo, il corpo deve essere considerato nella sua globalità ed averne un approccio scientifico multidisciplinare perché, in condizioni di malattia, si attivano sistemi di adattamento e compensazione che ripristinano un nuovo equilibrio. L'apparato stomatognatico ne è un esempio in quanto insieme di strutture che compongono la cavità buccale, i mascellari, muscoli, nervi e vasi che sono coinvolti nella nutrizione, masticazione, deglutizione, fonazione, senso del gusto e



che ha una fondamentale relazione con il resto dell'organismo (ad esempio insieme agli altri apparati influenza la postura). L'odontoiatria è la disciplina scientifica che studia la fisiologia del cavo orale e dell'apparato stomatognatico e ne tratta le affezioni. Pur trattandosi di una disciplina basata primariamente su interventi atti a prevenire una condizione di malattia buccale e, secondariamente, complicazioni derivanti da condizioni igienico-personali scadenti, cause iatrogene e traumatiche e malattie sistemiche in atto, non si può prescindere dalla presenza attiva della figura dell'odontoiatra nell'organico delle Forze Armate speciali ed ausiliarie nelle condizioni d'intervento catastrofiche e sismiche, epidemiche con alto potenziale di contaminazione e nelle altre varie emergenze ove è richiesto l'intervento militare, compresi progetti di cooperazione internazionale con finalità di recupero, sviluppo e promozione della salute con corsi formativi di risorse umane locali (questi ultimi han l'obiettivo

di rendere il progetto nell'ambito della missione, sostenibile nel tempo). Quindi anche nell'ambito della "protezione civile", nelle situazioni disagiate, laddove calamità naturali ed altre difficoltà logistiche costituiscono un serio impedimento di accesso alle cure odontoiatriche per la popolazione ed i singoli pazienti. Possono essere impiegati moduli ed unità mobili odontoiatriche (vedi immagine in alto) composte da attrezzature adeguate agli interventi in mobilità in tempi rapidi e con tecnologia avanzate e sofisticate. Possono essere allestite ambulanze con tutto il necessario, ma le unità mobili dentali sono più pratiche, complete e robuste. Sono composte da poltrona ripieghevole con lampada operatoria scialitica, una valigetta contenente le turbine, il contrangolo e l'aspiratore per tutti gli interventi e la cui funzione è permessa dal compressore fornito ed allacciabile alla rete elettrica a debita distanza di sicurezza. Possono essere impiegati aspiratori chirurgici e micromotori per interventi di chirurgia orale complessa, oltre che un ablatore per l'igiene e la profilassi. Si montano punte e frese terminali monouso. Impiegabile anche un'apparecchiatura Rx endorale portatile e wireless (vedi immagine a destra) con processore incorporato e software dedicato per editing immagini radiologiche. Tutto ciò rende possibile un intervento rapido direttamente sul posto senza rientro in Patria. Tra l'altro per i militari è previsto un controllo periodico odontoiatrico a cadenza annuale (es. STANAG 2466). Serve per l'inquadramento e devono





rientrare in una classificazione indice di benessere dentale (DFC) prima di una missione. Chi non rientra nelle prime due classi (le quali nell'arco di 12 mesi non sviluppano malattia orale) deve sottoporsi a cure e devono in tempo ristabilire uno stato di salute idoneo. Fa parte delle visite che compongono l'efficienza operativa del militare. Le più comuni affezioni riscontrabili sono gli ascessi trattabili con drenaggio e terapia farmacologica, o devitalizzazione ed estrazione; avulsioni accidentali o in seguito ad esplosioni o colpi di arma da fuoco e schegge, con fratture dentali e mascellari, dolore acuto con terapia farmacologica. I mezzi esistono ma non esistono protocolli d'intervento specifici e differiscono da quelli civili soprattutto nell'ambito delle emergenze. Stesso discorso per il consenso informato alle cure. Fornirsi di frigorifero, auto-cisterne, sterilizzatrici a freddo ed autoclave, fa sì che si evitino problematiche relative alle temperature estreme per i materiali dentari ed alla mancanza di acqua per le infezioni crociate.



Interventi di Primo Soccorso Psicologico nella gestione del lutto

*Francesca Spacca, *Lisa Lenci, °Fabio Romitelli, °Sandra Berionni, ^°Domenico Maddaloni.

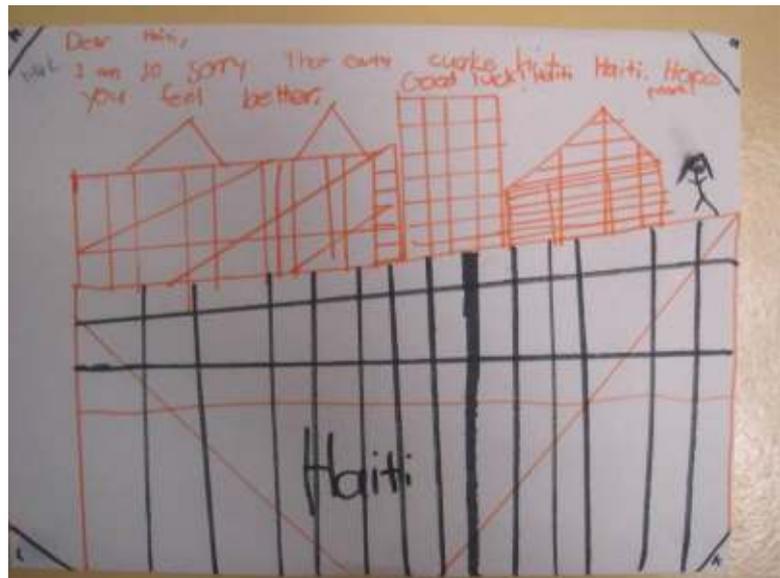
°Corpo Militare della Croce Rossa Italiana / Corpo II.VV. della Croce Rossa Italiana

*Consultorio Familiare Distretto Sanitario AV2 -FABRIANO - ASUR Marche

^Dipartimento Materno Infantile AV2 - FABRIANO -ASUR Marche

La morte di una persona cara genera sempre una situazione critica che rompe in modo violento il corso normale della vita. Questo evento provoca uno shock emozionale e uno stato di emergenza psicologica che destabilizza le capacità di risposta della singola persona e dei gruppi familiari colpiti. Inoltre se ciò avviene in un momento di grande emergenza, l'individuo può trovarsi ancora

più in difficoltà perché, oltre a dover elaborare il lutto, si trova a gestire una realtà molto complessa. Adattarsi ad una esperienza così dolorosa richiede molto tempo. Tuttavia le persone colpite possono ricevere un beneficio nell'immediato se supportati nella gestione della sofferenza e dall'angoscia generate dal lutto. L'assistenza psicologica immediata nella fase acuta diventa quindi importante per sostenere e accompagnare i familiari, in particolare nei contesti di emergenza dove il numero delle



vittime elevato genera una situazione collettiva di grande dolore e angoscia. Per questo è molto importante il lavoro del personale in contatto con le vittime che potrebbe essere di ausilio nella gestione delle reazioni e delle emozioni suscitate e per questo è necessario che gli operatori conoscano diverse strategie e tecniche per offrire il miglior aiuto possibile in una prassi inevitabile quanto dolorosa. Dotarsi di una conoscenza delle fasi di un primo intervento psicologico e di una strategia operativa che integri gli aspetti psicologici alle azioni mediche, è quindi essenziale per poter rispondere nel proprio ruolo in modo adeguato e qualificato.

Le fasi di un intervento appropriato sono:

- Fornire azioni in linea con l'inizio della fase di ripresa che le persone stanno vivendo;
- Proporre, in base alla valutazione dei bisogni, ciò che gli individui sono pronti a ricevere, non limitarsi ad applicare una rigida tabella di marcia o un protocollo d'intervento;
- Rispettare i naturali e adattivi meccanismi di coping e supportarli.

In questi momenti così difficili bisogna fare attenzione a come le persone normali possono reagire ad eventi anormali, evitando così di patologizzarle o considerarle malate a causa delle loro reazioni.

Anche in riferimento ai bambini bisogna tenere presente che essi possono reagire agli eventi stressanti con una molteplicità di sintomi che non sempre sembrano direttamente connessi con il fatto. Per questo è importante aiutare il genitore rimasto o i familiari a comprendere ciò, facendogli notare ed individuare i segni di distress ed eventualmente consigliandogli un supporto psicologico per il figlio.

In generale gli obiettivi di un primo soccorso dovrebbero essere:



- Sollevare dalla sofferenza;
- Migliorare il funzionamento a breve termine delle persone;
- Promuovere la resilienza, la coesione, l'organizzazione e i fattori di gruppo che facilitano ed accrescono l'adattamento.



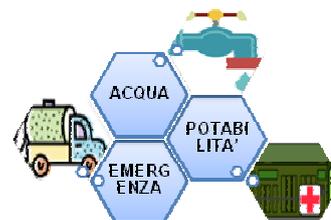
“L’acqua è un bene illimitato?”

S.Ten. Med. CRI Fileo Satta, S.Ten. Med. CRI Davide Matta, Dott.ssa Claudia Basciu, Serg. CRI Alessandro Floris, Mar. CRI Luigi Procacci

L’acqua potabile non è sempre disponibile nelle aree interessate da conflitti o disastri naturali; al fine di garantire la salute del personale impiegato e delle popolazioni interessate per quanto possibile si cerca di fornire acqua idonea al consumo umano utilizzando dei potabilizzatori campali.

1. Introduzione:

L’acqua potabile è un bene imprescindibile di cui tutti dovrebbero poter usufruire: i potabilizzatori campali sono progettati e realizzati in moduli autonomi e mobili per: il Pre-trattamento, la Depurazione e la Distribuzione dell’acqua disponibile in contesti di emergenza. I moduli sono in grado di fornire acqua potabile attingendo da ogni tipo di fonte (mare, lago, fiume, pozzo) e con l’utilizzo di qualsiasi fonte di energia (generatore, rete elettrica, solare, eolico);



2. Obiettivi:

Esaminare i problemi principali che si presentano nelle diverse fasi del monitoraggio della filiera idrica nel comune intento di garantire all’utenza finale un’acqua idonea al consumo umano, in particolare si analizzeranno: la Legislazione, le Competenze e le possibili soluzioni;

3. Risultati:

Differenze tra i diversi tipi di acqua risultanti dai differenti processi del potabilizzatore e loro possibile impiego;

4. Conclusioni:

Al fine di garantire acqua destinabile al consumo umano ovunque si sia chiamati ad operare i potabilizzatori devono rispondere a requisiti di manutenzionabilità, affidabilità, flessibilità e trasportabilità; Le Metodiche da impiegare in emergenza devono essere: Semplici, utilizzabili anche da personale mediamente addestrato, Limitate al controllo routinario per il monitoraggio della qualità dell’acqua distribuita, di Alto livello di qualità di campionamento per effettuare esami completi in patria.

Bibliografia

G. Med. Militare, (anno 161° Fasc.1/2011)

L’acqua potabile. Elementi di scienza e diritto di T.Col.Com.CRI R. Orchi OMP Engineering Srl (www.omp-italia.com)

Agenzia Internazionale dell’Acqua www.unwater.org

Normativa di riferimento D.L. n. 31/2001

L'ACQUA È UGUALE PER TUTTI
O... l'acqua è uguale per tutti?

Nel mondo 1 miliardo e 300 milioni di persone non hanno accesso all'acqua potabile.

200 milioni di bambini muoiono ogni anno per il consumo di acqua insalubre e per le cattive condizioni sanitarie che ne derivano.

800 milioni di persone non hanno ancora un rubinetto in casa.

2 miliardi e 30 milioni di persone vivono in paesi a rischio idrico.



Massaggiatore esterno: nuove sfide etiche

Dr. Alberto Graziani, Dirigente Medico Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.
Inf. Roberta Conti, Collaboratrice Sanitaria Infermiera, Istruttrice all'uso del massaggiatore esterno.
Dr. Piero Paolini, Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza e U.O. Centrale Operativa 118 Pistoia.
U.O. Centrale Operativa 118. AUSL 3 Pistoia.

Premessa

Al 118 di Pistoia sono in dotazione a tutte le Automediche i massaggiatori esterni LUCASTM. Il personale è addestrato al loro uso.

Antefatto

Paziente di 86, soccorsa a seguito di malore testimoniato dalla figlia e chiamata al 118 con conseguente attivazione dell'Automedica.

Data la criticità della valutazione iniziale (sopore, areattività, bradicardia, ipoperfusione periferica e grave ipotensione) si è provveduto tempestivamente a posizionare la tavoletta del massaggiatore prima dell'arresto e direttamente sul letto della Paziente; dopo poco sono scomparsi i segni vitali e abbiamo attivato immediatamente il massaggiatore.

Evento (osservo)

Dopo circa 15 minuti di protocollo ALS, oltre all'evidente miglioramento dei parametri di circolo con PA 130/75 e SpO₂ 96%, tutti i presenti (medico, infermiera, tre volontari e la figlia della Paziente) hanno potuto testimoniare i seguenti segni vitali, compatibili con un elevato livello di perfusione:

- APERTURA DEGLI OCCHI E MOVIMENTO DELLE PUPILLE
- MOVIMENTI LATERALI DEL CAPO E DEL COLLO
- MOVIMENTI DI ENTRAMBI GLI ARTI SUPERIORI E MANI VERSO IL VISO

Verifica (rifletto)

Tutti questi movimenti sono stati testimoniati in presenza di ASISTOLIA. Le tracce ecg I, II, III e aVL, aVR, aVF sono state ben riconoscibili come asistolia anche durante l'uso del massaggiatore. A ulteriore conferma del fatto che al monitor, LIFEPAK® 15, vi fosse effettivamente asistolia sono state fatte brevi pause delle compressioni per migliorare la qualità della lettura.

Azione (agisco)

A tal punto, per non creare una situazione di potenziale angoscia ad una paziente in fase perimortale, si è attuata un'analgo-sedazione che non deprimesse la funzione miocardica (grave ipotensione pre-arresto e finestra ecografica cardiaca assolutamente non esplorabile): midazolam 1mg ev e ketamina 100 mg ev per circa 90 kg peso.

Epilogo

Si è proseguita rianimazione ALS fino al decesso.

Conclusioni

L'uso del massaggiatore esterno apre nuove sfide etiche.

1. Sarà utile approntare studi prospettici per gestire la ripresa di coscienza in Pazienti che presentino segni di circolo associati a un ritmo elettrico fino ad ora considerato incompatibile con la vita: l'asistolia.
2. Ulteriore analisi e approfondimento meritano i farmaci ideali da dover impiegare per non esperire la morte come dolorosa e angosciata per causa iatrogena.



3. Aumenteranno i pazienti che potremo trasportare verso gli ospedali di riferimento con massaggiatore in funzione: o per approfondire la diagnostica e la terapia dell'arresto cardiaco, o per candidarli alla donazione. Con nuove linee guida potremo meglio determinare in quali casi effettuare tale trasporto.
4. Il confronto è fondamentale sia per evitare l'abuso con accanimento, sia per non lesinare le risorse: un utilizzo appropriato al contesto è il meglio che possiamo offrire ai nostri Pazienti.



Apnea test for brain death diagnosis in a patient on extracorporeal membrane oxigenation

M. Iannuzzi, F. Rispoli, E. Iorio, M.G. De Simone, D. Delle Donne

Department of Neuroscience, Odontostomathological and Reproductive Science - Federico II University Hospital – Via S. Pansini 5 – 80100- Naples - Italy

Background: Apnea test in most countries is a fundamental part in brain death (BD) diagnosis. In patients receiving extracorporeal membrane oxygenation support apnea test remains challenging and controversial.



Case: We report the case of a 40 year old man receiving veno-venous extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) as a respiratory support presenting signs of brain death. Decreasing ECMO flow and gas sweep flow while the patients lungs were kept on a Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) during the apnea test allowed the PaCO₂ to increase without decreasing of PaO₂.

Discussion: In order to diagnose BD apnea test must be accomplished in some countries. Carbon dioxide removal by the ECMO membrane makes CO₂ rise very difficult. Sweep gas decrease on ECMO can make CO₂ rise possible but exposes patients to hypoxemia. Decreasing gas flow on the oxygenator and concomitantly inflating the lungs on a 100% oxygen CPAP allowed us to perform apnea test safely.

Conclusion: With the technique described apnea test can be safely assessed without exposing patients to hypoxemia



Quando le problematiche multiculturali incidono sul linguaggio ed il comportamento del bambino

°Domenico Maddaloni, °Fabio Romitelli, Lucia Grottini, *Lisa Lenci, *Francesca Spacca

°Corpo Militare della Croce Rossa Italiana

*Consultorio Familiare Distretto Sanitario AV2 -FABRIANO - ASUR Marche

^Dipartimento Materno Infantile AV2 -FABRIANO -ASUR Marche

Giungere in un nuovo paese per una famiglia porta a confrontarsi con una diversa cultura che può sconvolgere l'equilibrio e i valori precedenti. Le difficoltà d'inserimento possono ripercuotersi negativamente sia nella coppia che nello sviluppo dei figli. Infatti questi bambini si trovano a gestire un conflitto interno tra l'educazione imposta dalla famiglia di origine e ciò che viene proposto dalla nuova società di appartenenza. Tali problematiche si fanno maggiormente evidenti



nel confronto con i coetanei.

Nella Regione Marche presso il Consultorio Familiare di Fabriano AV2 è attivo un servizio di consulenza psicologica aperto a famiglie straniere, giunte anche dalla *Missione "Mare Nostrum"*. Ciò ha permesso di accogliere una coppia tunisina con due figli. All'interno di tale nucleo è stata rilevata la sofferenza dei genitori legata al sentimento di solitudine e alla difficoltà d'integrazione; tali problematiche sono sfociate in eccessivo uso di alcool da parte del padre e stato depressivo della madre. Inoltre spesso tra i coniugi si presentano attacchi verbali ed episodi di violenza in cui, anche in presenza dei bambini, il padre picchia la madre. La famiglia arriva in consultazione perché il figlio più grande, con l'inserimento alla scuola materna, presenta comportamenti violenti nei confronti dei coetanei associati a disturbo del linguaggio, caratterizzato da una confusione dei due idiomi principali, che rende incomprensibile ciò che dice. Anche in casa ha scoppi di rabbia quando non si sente compreso.

Il trattamento effettuato è stato un percorso psicoterapeutico psicoanalitico con frequenza settimanale per il bambino finalizzato al

contenimento dei comportamenti disfunzionali e al potenziamento delle risorse con particolare attenzione agli aspetti emotivi. Durante gli incontri sono emerse: paure connesse al clima vissuto in casa e aggressività (identificazione proiettiva con la figura paterna, Klein 1961).

In seguito al trattamento sono stati rilevati: diminuzione dei comportamenti aggressivi sia verso l'esterno che all'interno del nucleo familiare; miglioramento del linguaggio e maggiore integrazione nel gruppo dei pari.

Questa esperienza testimonia come una presa in carico precoce possa ripercuotersi positivamente sullo sviluppo emotivo, comportamentale e del linguaggio del bambino.



CROCE ROSSA ITALIANA CORPO MILITARE

La copia originale di questo testo digitale è custodita presso l'Ufficio Sanità dell'Ispettorato Nazionale del Corpo Militare C.R.I., via Luigi Pierantoni n. 5, Roma.

Gli organizzatori del Convegno ed il curatore di questo testo non sono responsabili circa i contenuti degli elaborati qui pubblicati.