



## GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

2020

### SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO Emergenza Covid-19

SCHEDA N. \_\_\_\_\_

#### SEZIONE I

DATA: \_\_\_\_\_ ORA: \_\_\_\_\_

#### DATI OPERATORE

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

ENTE / ASSOCIAZIONE / AZIENDA / ALTRO (SPECIFICARE): \_\_\_\_\_

#### SEZIONE II

#### DATI UTENTE

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

SESSO: M  F  STATO CIVILE: \_\_\_\_\_

#### SOGGETTO

- Personale sanitario interno al polo Ospedaliero
- Personale sanitario esterno al polo Ospedaliero  
(medici di famiglia, pediatri, guardie mediche, assistenza domiciliare, presidi ambulatoriali, etc.)
- Personale sanitario contagiato attualmente in isolamento       Familiare di personale sanitario contagiato

In caso il servizio sia esteso ai pazienti e cittadini

- Civile contagiato       Familiare di civile contagiato ricoverato presso struttura sanitaria
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

RUOLO ALL'INTERNO DELL'ORGANIZZAZIONE  
(solo in caso di personale sanitario, es. medico,  
infermiere, OSS, etc.)

REPARTO/SERVIZIO (solo in caso di personale sanitario)

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

LUOGO DI PERMANENZA:

- NESSUNO (SOGGETTO NON CONTAGIATO)       OSPEDALE       CASA       CENTRO DI QUARANTENA

INVIANTE:

- INIZIATIVA PERSONALE
- INIZIATIVA PERSONALE (PER IL TRAMITE DI UN NUMERO VERDE REGIONALE / CENTRALINO AZIENDA SANITARIA)
- SUPPORTO ALLA PERSONA       IGIENE E SANITÀ PUBBLICA       ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

### SEZIONE III

PREGRESSI PROBLEMI PSICOLOGICI:  SI  NO SPECIFICARE: \_\_\_\_\_

TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI/IN ESSERE (specificare DOSE e POSOLOGIA): \_\_\_\_\_

#### REAZIONE ALL'EVENTO PANDEMICO DI CARATTERE:

- |  |                                |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANSIOSO                       | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBO PSICOSOMATICO        | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DEPRESSIVO                    | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBO DEL PENSIERO         | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |

SPECIFICARE: \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

NOTE (specificare se rischio suicidio): \_\_\_\_\_

#### VALUTAZIONE DELLE RISORSE:

CAPACITÀ DI UTILIZZO DI STRATEGIE DI COPING:

- MOLTO BUONA  BUONA  DISCRETA  CATTIVA  MOLTO CATTIVA

#### STRATEGIA PREVALENTE ADOTTATA (vedi guida):

- RIVOLTA AL COMPITO  RIVOLTA ALL'EMOZIONE  RIVOLTA ALL'EVITAMENTO

#### DI CARATTERE (vedi guida):

- INDIVIDUALE  COLLETTIVA  DISPONIBILITÀ A RICEVERE AIUTO

#### INDICAZIONI D'INTERVENTO:

**FASE ACUTA:**  SANITARIO FARMACOLOGICO  SANITARIO RICOVERO

SOSTEGNO PSICOLOGICO  ALTRO \_\_\_\_\_

**FASE MEDIO TERMINE:**  MONITORAGGIO E SOSTEGNO PSICOLOGICO

SOSTEGNO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO  ALTRO \_\_\_\_\_

**INTERVENTI EFFETTUATI:**  COLLOQUI TELEFONICI  VIDEO-CHIAMATE

**DATA:**

**SINTESI PRIMO COLLOQUIO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NON RICONTATTARE  RICONTATTARE

SE DA RICONTATTARE CON QUALE FREQUENZA: \_\_\_\_\_

DA INVIARE A

**DATA:**

**SINTESI COLLOQUIO N\*:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\*Sulla base delle esigenze legate alla durata della presa in carico del richiedente replicare la tabella di sintesi numerando progressivamente la sintesi del colloquio

NON RICONTATTARE

RICONTATTARE

SE DA RICONTATTARE CON QUALE FREQUENZA: \_\_\_\_\_

DA INVIARE A

**DATA:**

**SINTESI COLLOQUIO N\*:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\*Sulla base delle esigenze legate alla durata della presa in carico del richiedente replicare la tabella di sintesi numerando progressivamente la sintesi del colloquio

NON RICONTATTARE

RICONTATTARE

SE DA RICONTATTARE CON QUALE FREQUENZA: \_\_\_\_\_

DA INVIARE A