

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA RESILIENZA ALLE CATASTROFI PER LE CITTÀ

Aprile 2020

ADDENDO SULLA RESILIENZA DEL SISTEMA SANITARIO PUBBLICO
Versione Consultiva 2.0



Scheda di valutazione della resilienza alle catastrofi per le città: Addendo sulla Resilienza del sistema sanitario pubblico.

Una delle questioni note della [Disaster Resilience Scorecard for Cities dell'UNDRR \("la Scorecard"\)](#) è che le problematiche di salute pubblica e le conseguenze dei disastri non sono adeguatamente tematizzate. Mentre i fattori sanitari più evidenti, quali le capacità dei servizi ospedalieri e la sicurezza strutturale e non strutturale, sono coperti dalla Scorecard (tramite l' Essential 8 – vedi sotto), altri problemi di sanità pubblica legati alle catastrofi non sono stati affrontati in modo adeguato. Questo addendum, promulgato dall'UNDRR, con il sostegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dei suoi partner, mira a porvi rimedio. L'Addendum dovrebbe essere utilizzato in combinazione con la Scorecard dell'UNDRR e la [Health Emergency and Disaster Risk Management dell'OMS \(Health EDRM\) Framework](#).

Il termine "problemi di salute pubblica" è utilizzato qui per far fronte svariati impatti sulla salute di una popolazione che sopravvivono a seguito di emergenze e disastri.

- Eventi a sé stanti (ad esempio, focolai di malattie o pandemie, siccità, terremoti, inondazioni, tornado, carestie, incendi selvatici, picchi di inquinamento atmosferico);
- Conseguenze immediate di un disastro (ad esempio, lesioni fisiche di massa, traumi fisici, malattie e effetti sulla salute mentale);
- Conseguenze secondarie di catastrofi con rischi e impatti per la salute (ad esempio, denutrizione, focolai di malattie trasmesse dall'acqua e da sistemi igienico-sanitari danneggiati, interruzione dei mezzi di sostentamento, interruzione dei programmi di vaccinazione, impatti psicologici visibili sul lungo termine, aumento dell'incidenza di malattie non trasmissibili, o i molteplici effetti dei soggiorni di lunga durata in alloggi temporanei);
- Interruzioni dei servizi sanitari per persone con problemi di salute preesistenti (ad esempio, accesso ai farmaci per patologie croniche, o quando un prolungato blackout impedisce il funzionamento di macchine per dialisi domestiche o l'utilizzo di sedie a rotelle elettriche);
- Considerazione delle esigenze delle popolazioni vulnerabili in seguito a una catastrofe (ad esempio, i poveri, i giovanissimi, i disabili, gli anziani, le donne);
- La capacità del sistema sanitario (ampiamente concepito - vedi sotto) di una città di affrontare questi problemi, pur continuando ad eseguire le sue funzioni giornaliere di cura per i malati e feriti e mitigare i rischi per la salute dei cittadini in generale.

Il termine "sistema di sanità pubblica" comprende (ma non può essere limitato a):

- Servizi sanitari;
- Ospedali;
- Strutture residenziali e case di cura;
- Cliniche sanitarie comunitarie, studi medici e strutture di assistenza bulatoriale;
- Strutture per la salute mentale;
- Servizi sanitari del settore pubblico;
- Sistemi di sorveglianza delle malattie;
- Strutture di laboratori sanitari;
- Sistemi di fornitura e distribuzione di apparecchiature farmaceutiche e mediche;
- Sistemi sanitari ambientali (ad esempio per i materiali pericolosi);
- Impianti idrici e fognari;
- Sistemi di distribuzione e sicurezza degli alimenti;
- Processi e strutture di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione della Comunità;
- Centri di controllo di gestione delle emergenze;
- Sistemi non sanitari da cui l'assistenza sanitaria può dipendere in modo critico: energia, acqua, comunicazioni, strade, sensibilizzazione della comunità
- Tutto il personale sanitario e di altro tipo, volontari, mezzi, attrezzature e attrezzature di protezione necessari per gestire e far funzionare quanto sopra.

Una descrizione più ampia del sistema sanitario comprende tutte le attività il cui scopo principale è promuovere, ripristinare e/o mantenere la salute. Pertanto, può includere persone, istituzioni e risorse che si trovano nella sanità e in altri settori. Le Resilience Scorecards ed il presente Addendum possono essere utilizzati per dimostrare il contributo di tutti i settori al miglioramento dei risultati sanitari derivanti dalle catastrofi.

Questa versione dell'Addendum sulla Resilienza della Salute Pubblica si basa sulla versione consultiva 1.0 rilasciata a luglio 2018.

Struttura del Public Health System Resilience Assessment

L'Addendum è strutturato attorno gli stessi "[Dieci Elementi Essenziali per Rendere Le Città Resilienti](#)" delle Scorecards. Si sovrappone inevitabilmente a ciò che viene espresso dall'Essenziale 8, riguardo la copertura degli ospedali e la distribuzione di cibo, per cui il presente può essere considerato come un'amplificazione di quelli. I Dieci Elementi Essenziali sono:

- Integrazione della sanità pubblica e dell'amministrazione (Essenziale 1);
- Integrazione della sanità pubblica e di scenari catastrofici (Essenziale 2);
- Integrazione della sanità pubblica e delle finanze pubbliche (Essenziale 3);
- Integrazione della sanità pubblica e dei codici di uso del suolo di costruzione (Essenziale 4);
- Gestione dei servizi ecosistemici che incidono sulla sanità pubblica (Essenziale 5);
- Integrazione della sanità pubblica e della capacità istituzionale (Essenziale 6);
- Integrazione della salute pubblica e della capacità della società (Essenziale 7);
- Integrazione della salute pubblica e della resilienza delle infrastrutture (Essenziale 8);
- Integrazione della sanità pubblica e risposta alle catastrofi (Essenziale 9);
- Integrazione della sanità pubblica e della ripresa, del ricostruire meglio (Essenziale 10).

In totale, ci sono 23 domande/ indicatori, ognuno con un punteggio che va da 0-5, dove 5 rappresenta il massimo punteggio attribuibile, dunque la migliore pratica.

Dati necessari per l'analisi

I dati necessari per completare questo Addendum includeranno:

- Capacità del sistema sanitario pubblico, soggetti interessati, pianificazione e documentazione procedurale;
- Pianificazione della gestione delle emergenze e documentazione procedurale;
- Infrastrutture sanitarie pubbliche (vedi Essenziale 8);
- Dati sui risultati sanitari di precedenti catastrofi, se disponibili;
- Dati demografici, inclusi quelli di gruppi vulnerabili;
- Feedback da parte della comunità e dei professionisti sulla capacità e l'efficacia del sistema.

Ringraziamenti

UNDRR desidera ringraziare coloro che hanno contribuito a questo Addendum:

- Yoshiko Abe, Ph.D., Sustainability Strategist, International Headquarters, Kokusai Kogyo Co., Ltd.
- Jonathan Abrahams, Health Emergencies Program, World Health Organization
- Sanjana Chintalapudi, Business Transformation Consultant, IBM
- Jon Philipsborn, Associate Vice President, Climate Adaptation Practice Director, Americas, AECOM
- Becca Philipsborn, Assistant Professor, Emory University Department of Pediatrics and Emory Global Health Institute
- Benjamin Ryan, Ph.D., Clinical Associate Professor, Department of Environmental Science, Baylor University
- Dale Sands, Principal, M.D. Sands Consulting Solutions LLC.
- Nik Steinberg, Climate Risk Specialist Consultant, 427 Consulting
- Peter Williams, Ph.D., IBM Distinguished Engineer (Retd.), Founder and Principal Peter Williams Solutions LLC.

Coordinatori: Sanjaya Bhatia & Mutarika Pruksapong, Global Education and Training Institute (GETI), UNDRR.

Tradotto da Chiara Menchise, UNDRR



Essenziale 01: Organizzarsi per la Resilienza

Addendum - Integrazione della sanità pubblica e dell'amministrazione

Ref	Soggetto/ problematiche	Domanda/ Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A.1	Integrazione della sanità pubblica e dell'amministrazione (Essenziale 1)			
A1.1	Il settore sanitario rientra nella governabilità multisettoriale della gestione del rischio di catastrofi	In che misura meccanismo(i) di governo per la gestione del rischio di catastrofe integra/integrano pienamente l'intero spettro delle funzioni in materia di sanità pubblica?	<p>5 - L'intero spettro delle funzioni di sanità pubblica (vedi a destra) fornisce regolarmente un contributo al meccanismo/alle riunioni di governo della città in materia di resilienza alle catastrofi e contribuisce regolarmente a tutti i principali programmi e documenti di resilienza alle catastrofi. (La partecipazione può avvenire attraverso un punto focale designato che combina i contributi di molte discipline).</p> <p>4 - I rappresentanti della maggior parte delle funzioni di sanità pubblica di solito partecipano a importanti riunioni di resilienza alle catastrofi della città e contribuiscono ai principali programmi, ma non possono essere coinvolti in tutte le attività pertinenti.</p> <p>3 - Le funzioni di sanità pubblica hanno i propri forum e meccanismi di resilienza alle catastrofi, ma, pur includendo l'intera gamma di funzioni, non sono pienamente coordinate con altri attori, come le amministrazioni comunali, gli operatori logistici o i gruppi di comunità. L'attenzione può essere focalizzata solo sulla risposta immediata agli eventi, piuttosto che su questioni di resilienza più ampie come impatti a più lungo termine.</p> <p>2 – Alcuni settori sanitari pubblici sono coinvolti in alcune attività di resilienza alle catastrofi in città, ma non vi è un impegno completo.</p> <p>1 - Esiste solo un rudimentale impegno dei settori sanitari pubblici nelle attività di resilienza alle catastrofi urbane.</p> <p>0 - Non vi è alcuna funzione di sanità pubblica nella regione, o se c'è, non è impegnata nella resilienza alle catastrofi.</p>	<p>Come qui utilizzato, il termine "funzioni di sanità pubblica" comprende l'elenco completo dei punti di cui all'allegato 2 dell'WHO's Health EDRM framework, di cui sopra. Come esempi, include, ma non è limitato da, quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento e controllo delle malattie infettive; • Assistenza traumatologica; • Assistenza di base; • Cure pediatriche e geriatriche; • Assistenza di emergenza; • Salute ambientale; • Epidemiologia; • Controllo vettoriale; • Ambulanze e trasporto sanitario; • Fornitura di attrezzature farmaceutiche e mediche; • Acqua e servizi igienici; • Sicurezza alimentare, conservazione e distribuzione; • Sicurezza dei materiali chimici e pericolosi (hazmat) (in locali con impianti chimici, ad esempio); • Salute mentale e salute mentale della comunità, compresi consulenza per lutti e traumi mentali; • Responsabili della sanità pubblica a livello comunale, statale e nazionale. <p>I rappresentanti di queste funzioni devono essere in grado di parlare in modo autorevole delle risorse disponibili nella città e nella regione per mantenere il sistema sanitario pubblico.</p>

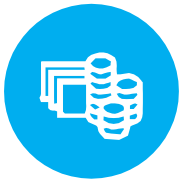


Essential 02: Identificare, Comprendere e Utilizzare gli scenari di rischio

Addendum – Integrazione della sanità pubblica e degli scenari catastrofici

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/ Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A.2	Integrazione degli scenari relativi alla sanità pubblica e alle catastrofi (Essenziale 2)			
A2.1	Inclusione di una serie di emergenze e catastrofi (ad esempio, epidemie/pandemie, carestie, penuria d'acqua, ecc.) come scenari di catastrofi a sé stante	In che misura le emergenze e le catastrofi, compresi i focolai di malattie, sono incluse nella pianificazione del rischio di catastrofi?	<p>5 - Le emergenze e i disastri, compresi i focolai di malattie, sono pienamente considerati dalla città sia come scenario di rischio a sé stante, sia come componente di uno scenario "a cascata, composito". Il probabile impatto sulla disponibilità del personale e sulle strutture sanitarie è pianificato, sia da solo, sia in combinazione con altri rischi da epidemia o pandemia, che possono ostacolare la capacità di risposta.</p> <p>4 - Le emergenze e i disastri, compresi i focolai di malattie, sono affrontati come sopra, ma tendono ad essere considerati al di fuori di altri rischi, e quindi l'interazione con altri rischi può non essere pienamente affrontata.</p> <p>3 - Le emergenze e le catastrofi, compresi i focolai, sono considerate insieme ai loro probabili impatti, ma tali impatti non sono pienamente modellati.</p> <p>2 - Possono essere prese in considerazione emergenze e catastrofi, compresi i focolai, ma solo ad un livello elevato.</p> <p>1 - Il rischio di insorgenza di focolai può essere considerato un problema, ma senza considerare attivamente gli impatti o le risposte richieste.</p> <p>0 - Nessuna considerazione delle pandemie.</p>	La Scorecard richiede lo sviluppo di (almeno) uno scenario "peggiore" e uno "regolare" da cui pianificare la resilienza ai disastri. Questa domanda riguarda la misura in cui le emergenze e i disastri, compresi i focolai di malattie, sono inclusi negli scenari di rischio adottati dalla città. La prossima domanda affronta l'impatto delle questioni sanitarie sulla pianificazione, la risposta e il recupero.

<p>A2.2</p>	<p>Inclusione degli impatti prevedibili sulla salute pubblica derivanti da altri scenari di rischio di catastrofi (ad esempio, inondazioni, eventi termici, terremoti)</p>	<p>In che misura gli impatti sulla salute pubblica sono inclusi nella pianificazione dello scenario della città per altri rischi di disastri?</p>	<p>5 - Una serie completa di problemi di salute in caso di catastrofi è pienamente inclusa nei suoi scenari di pianificazione delle catastrofi. Il probabile impatto sulla disponibilità del personale, sulle strutture sanitarie, sull'acqua e sui servizi igienico-sanitari, sul trattamento e sull'assistenza è pianificato e modellato, compreso l'impatto immediato e per problemi di salute fisica e psicologica a lungo termine.</p> <p>4 -Le questioni relative alla salute in caso di calamità sono trattate nel modo più completo di cui sopra, ma tendono ad essere considerate separatamente dagli altri impatti, e quindi l'effetto che esse possono avere sul ripristino in caso di calamità non è pienamente valutato.</p> <p>3 - Vengono affrontate, forse in dettaglio, una serie di questioni relative alla salute in caso di calamità, ma non vi è una copertura completa. Problemi a più lungo termine e problemi di salute fisica e mentale potrebbero essere omissi.</p> <p>2 - Vengono presi in considerazione e pianificati alcuni problemi sanitari immediati successivi alla catastrofe, ma solo in forma sintetica.</p> <p>1 - Le questioni relative alla salute in caso di catastrofi possono essere riconosciute, ma senza una reale pianificazione.</p> <p>0 - Nessuna considerazione dei problemi di salute post-catastrofe.</p>	<p>La Scorecard richiede lo sviluppo di (almeno) uno scenario "più grave" (nel peggiore dei casi) e uno "più probabile" (nel caso normale) da cui pianificare la resilienza ai disastri. Questa domanda affronta l'inclusione di probabili problemi di salute di disastro nell'analisi di rischio della città e nello sviluppo e nella pianificazione di scenario.</p> <p>Come stabilito nell' Health EDRM framework, tali questioni comprendono (ma non sono limitate a):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatologia e post-traumatologia; • Trattamento e cura delle malattie croniche; • Cure pediatriche e geriatriche; • Malattie legate all'acqua e agli alimenti (talvolta riferite alla salute ambientale); • Impianti di quarantena; • Rifugi di emergenza; • Impatti sulla salute mentale, inclusi lutti e traumi mentali. <p>Un'ulteriore considerazione può essere l'impatto delle catastrofi sulla gestione delle questioni di sanità pubblica esistenti e sul modo in cui queste possono a loro volta ostacolare la ripresa.</p>
<p>A2.3</p>	<p>Inclusione nella pianificazione delle catastrofi di condizioni di salute croniche preesistenti, comprese le malattie non trasmissibili</p>	<p>In che misura i problemi di salute cronici preesistenti sono inclusi negli scenari in cui le catastrofi rischiano di aggravarli, o in cui possono ostacolare la ripresa?</p>	<p>5 - Le condizioni di salute croniche sono esaminate in modo completo e incluse nella definizione e nella pianificazione degli scenari; si ritiene che non si applichino stress.</p> <p>4 - In generale, le condizioni di salute croniche sono individuate e incluse nella definizione degli scenari e nella pianificazione.</p> <p>3 - La maggior parte delle condizioni di salute croniche applicabili sono incluse nella definizione dello scenario o nella pianificazione, con alcune lacune.</p> <p>2 - Le condizioni di salute croniche sono note ma non sono incluse nella definizione dello scenario e nella pianificazione.</p> <p>1 - Esistono gravi lacune nell'identificazione e nell'inclusione degli stress cronici per la salute.</p> <p>0 - Nessun tentativo di identificare o considerare condizioni di salute croniche.</p>	<p>Le condizioni di salute croniche esistenti - ad esempio, la malnutrizione, le malattie endemiche come la malaria o il colera, la tossicodipendenza cronica o la presenza di un'ampia percentuale di persone anziane (solitamente più vulnerabili ed esposte a malattie croniche) - interagiscono con le catastrofi, così da</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendere il loro impatto più grave; • Imporre ulteriori oneri sullo sforzo di recupero; • Superare un punto di non ritorno, facendo insorgere epidemie, o trasformandosi in disastri di per sé (vedi sopra 2.1). <p>Tali elementi dovrebbero essere inclusi nelle valutazioni dei rischi.</p>



Essential 03: Rafforzare la capacità finanziaria di resilienza

Addendum - Integrazione della sanità pubblica e delle finanze pubbliche

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A3	Integrazione della sanità pubblica e delle finanze pubbliche (Essenziale 3)			
A3.1	Finanziamenti per gli ambiti di resilienza relativi alla sanità pubblica	In che misura sono stati individuati e disponibili finanziamenti per affrontare i rischi per la salute pubblica e gli impatti causati da catastrofi?	<p>5 - Il finanziamento è individuato e accessibile per affrontare tutte le implicazioni per la salute derivanti dallo scenario più grave dell'Essenziale 2.</p> <p>4 - Il finanziamento è individuato e accessibile per affrontare tutte le implicazioni note per la salute derivanti dallo scenario più probabile dell'Essenziale 2.</p> <p>3 - Le esigenze di finanziamento sono note, ma alcune carenze di finanziamento possono verificarsi. Tali carenze vengono affrontate attivamente.</p> <p>2 - Le esigenze non sono del tutto note e, dove sono, vengono individuate alcune carenze. Affrontarle può o non può essere possibile.</p> <p>1 - Le esigenze di finanziamento sanitario sono state valutate solo in modo sommario ed è disponibile solo una conoscenza generalizzata delle fonti di finanziamento. Queste non sono state perseguite.</p> <p>0 - Nessuna considerazione del fabbisogno o delle fonti di finanziamento</p>	<p>Come indicato nella Scorecard principale, l'esame delle fonti di finanziamento dovrebbe includere i "dividendi". Questi possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "In entrata" - spese per altre voci che possono conferire qualche beneficio alla salute pubblica/ resilienza, per esempio aumentando i servizi ospedalieri essenziali al di sopra delle zone alluvionali, incrementando generatori di riserva presso le strutture di assistenza primaria o nei pressi di nuovi centri comunitari, i quali potrebbe anche essere adibiti a centri di trattamento temporaneo; • "In uscita" - spese per la sanità pubblica/ elementi di resilienza dove anche altri benefici - per esempio quando preoccupazioni per malattie provenienti dall'acqua, porta alla modernizzazione o riubicazione di un impianto di trattamento delle acque, o alla impermeabilizzazione delle vie di trasporto che consentono accesso continuo alle forniture mediche.



Essential 04: Perseguire uno sviluppo urbano resiliente

Addendum –Integrazione della sanità pubblica e dei codici di uso del suolo e di costruzione

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A4	Integrazione dei codici relativi alla sanità pubblica e all'uso del territorio/alla costruzione (Essenziale 4)			
A4.1	Conformità delle principali strutture sanitarie con i codici urbanistici ed edilizi resilienti	In che misura le principali strutture sanitarie sono ubicate e costruite in modo da consentire loro di continuare ad operare dopo una catastrofe?	<p>5 - Tutte le principali strutture sanitarie pubbliche (vedi a destra) sono localizzate e conformi a codici che permetteranno loro di sopravvivere nello scenario di disastro "più grave".</p> <p>4 - Tutte le principali strutture sanitarie pubbliche sono localizzate e conformi ai codici che permetteranno loro di sopravvivere nello scenario di disastro "più probabile".</p> <p>3 - Alcune delle principali strutture sanitarie pubbliche non si trovano in luoghi o non sono conformi ai codici che consentiranno loro di sopravvivere nello scenario di disastro "più probabile".</p> <p>2 - Più del 50% delle principali strutture sanitarie pubbliche non si trova in luoghi o non riesce a conformarsi ai codici che permetteranno loro di sopravvivere nello scenario di disastro "più probabile".</p> <p>1 - Più del 75% delle principali strutture sanitarie pubbliche non si trova in luoghi o non riesce a conformarsi ai codici che permetteranno loro di sopravvivere nello scenario di disastro "più probabile".</p> <p>0 - Non è stata effettuata alcuna valutazione.</p>	<p>L'Essenziale 8 nella Scorecard principale si occupa di ospedali e distribuzione di cibo. Gli utenti possono scegliere se includere tali dati nella valutazione presente. Le altre principali strutture sanitarie pubbliche possono comprendere, tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ospedali non considerati dall'Essenziale 8; • Cliniche comunitarie, centri sanitari e strutture infermieristiche, in particolare quelle con una funzione regionale (ad esempio unità di dialisi, unità ustioni); • Farmacie e dispensari; • Centri di alimentazione; • Centri di riscaldamento o raffreddamento; • Laboratori e centri per test; • Capacità di isolamento; • Case di cura residenziali e unità abitative assistite; • Forniture mediche, nonché strutture logistiche e di rifornimento; • Strutture di distribuzione di cibo di emergenza, se non previste dall'Essenziale 8; • Approvvigionamento di energia e acqua e vie di accesso a uno dei suddetti punti; • Disponibilità di forza lavoro dopo il disastro.



Essential 05: Salvaguardia dei Cuscinetti Naturali per Migliorare le Funzioni Protettive Offerte dagli Ecosistemi Naturali

Addendum – Gestione dei service ecosistemici che incidono sulla sanità pubblica

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A5	Gestione dei servizi ecosistemici che incidono sulla sanità pubblica (Essenziale 5)			
A5.1	Conservazione e gestione dei servizi ecosistemici che forniscono benefici per la sanità pubblica	In che misura sono identificati e protetti i servizi ecosistemici che forniscono benefici alla salute pubblica?	<p>5 - Tutti i servizi ecosistemici pertinenti sono identificati, protetti e notoriamente fiorenti.</p> <p>4 - Tutti i servizi ecosistemici pertinenti sono identificati e in teoria protetti, ma possono non essere fiorenti.</p> <p>3 - Alcuni ma non tutti i servizi ecosistemici rilevanti sono identificati. Quelli che sono identificati sono protetti in teoria, ma possono non essere fiorenti.</p> <p>2 - Lacune diffuse nell'identificazione e nella protezione dei servizi ecosistemici pertinenti. Problemi significativi con la salute di alcuni di quei servizi ecosistemici che vengono monitorati.</p> <p>1 - Sforzi rudimentali per identificare e proteggere i servizi ecosistemici pertinenti. Problemi diffusi con lo stato e la salute di quelli che sono identificati.</p> <p>0 - Nessun tentativo di identificare o proteggere i pertinenti servizi ecosistemici ed alta probabilità che essi sarebbero giudicati gravemente degradati se fossero formalmente identificati.</p>	<p>Tra gli esempi di servizi ecosistemici che forniscono benefici per la salute e sanità pubblica figurano, tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtrazione naturale dell'acqua (attraverso zone umide o falde acquifere); • Copertura degli alberi per ridurre gli effetti dell'isola di calore o ridurre l'inquinamento atmosferico; • Specie che predano le zanzare e altri potenziali portatori di malattie; • Forniture alimentari (ad esempio, pesce), volano per i principali prodotti alimentari.



Essential 06: Rafforzare la Capacità Istituzionale di Resilienza

Addendum – Integrazione della sanità pubblica e della capacità istituzionale

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A6	Integrazione della sanità pubblica e della capacità istituzionale (Essenziale 6)			
A6.1	Disponibilità di personale sanitario con abilità e competenze pertinenti per la resilienza alle catastrofi	In che misura la forza lavoro, le abilità e le competenze necessarie per pianificare e mantenere i sistemi sanitari pubblici e i servizi per la resilienza alle catastrofi sono a disposizione della città?	<p>5 - Tutte le abilità e le competenze pertinenti della forza lavoro sono individuate e valutate adeguate per la pianificazione delle catastrofi, i servizi sanitari e il recupero successivo alle catastrofi, sia in termini di competenze che di numero.</p> <p>4 - Tutte le competenze pertinenti sono individuate, con alcune carenze minori di cui è nota l'esistenza in determinati settori o numeri di essi.</p> <p>3 - Tutte le competenze pertinenti sono individuate, ma con carenze significative di cui si sa conosce l'entità in profondità e in numero.</p> <p>2 - Identificazione incompleta delle competenze e carenze significative in quelle che sono note, in profondità e numeri.</p> <p>1 - Tentativo rudimentale di identificazione delle competenze - carenze in profondità e quantità.</p> <p>0 - Non è stata presa in considerazione la questione.</p>	<p>L'Essenziale 8 nella Scorecard principale affronta il numero e le competenze dei medici, degli infermieri e dei primi soccorritori - gli utenti possono scegliere di includere tali dati nella valutazione qui presente.</p> <p>Come indicato in precedenza nel quadro dell' Health EDRM framework, le principali competenze in materia di sanità pubblica comprendono, tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medici, infermieri e altri operatori sanitari non presenti nell'Essenziale 8; • Primi soccorritori non presenti nell'Essenziale 8; • Altro personale degli ospedali o delle strutture sanitarie; • Assistenza psichiatrica - medici, infermieri; • Personale domestico di assistenza; • Farmacisti; • Specialisti di salute ambientale (include esperti di acqua e igiene, ispettori alimentari e controllo dei vettori) • Epidemiologi; • Personale di prova e di laboratorio; • Lavoratori della catena di approvvigionamento.

<p>A6.2</p>	<p>Condivisione dei dati del sistema sanitario pubblico con altre parti interessate</p>	<p>In che misura i dati sulla salute pubblica riguardo la vulnerabilità e le capacità sanitarie, nonché i rischi e l'allarme tempestivo in caso di epidemie, sono condivisi con altre parti interessate che ne hanno bisogno?</p>	<p>5 - Sono identificati i dati e le informazioni pertinenti in materia di sanità pubblica; i dati di qualità sono distribuiti in modo affidabile a tutti i soggetti interessati che ne hanno bisogno, compreso il pubblico, secondo i casi.</p> <p>4 - Tutti i principali dati sanitari, le informazioni identificate e i dati sulla qualità sono distribuiti in modo affidabile alla maggior parte delle parti interessate, compreso il pubblico, secondo i casi.</p> <p>3 - La maggior parte degli elementi e delle informazioni sono identificati e distribuiti, ma possono essere di qualità e affidabilità inferiori per un sottoinsieme limitato di soggetti interessati.</p> <p>2 - Alcuni dati e informazioni sono distribuiti a una o due sole parti interessate; qualità e affidabilità sono notoriamente un problema.</p> <p>1 - Identificazione e distribuzione rudimentale dei dati - erronea e inaffidabile anche se fornita.</p> <p>0 - Nessun dato sulla sanità pubblica viene identificato o distribuito.</p>	<p>I dati pertinenti in questo contesto possono includere, tra l'altro, esempi quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dati di allarme rapido e di sorveglianza per i focolai; • Ubicazione, capacità e stato dei beni e delle strutture di sanità pubblica, prima e dopo la catastrofe; • Livelli di competenza e numero di dipendenti disponibili; • Problemi di approvvigionamento; • Probabili impatti delle catastrofi - probabili problemi di salute pubblica, degrado delle capacità; • Status, performance dei dati di prospettiva per le misure di risposta alle catastrofi e problemi post-disastro di salute pubblica - estensione malattia (comprese le malattie croniche, le popolazioni che non ricevono cure, ecc) <p>La distribuzione dovrebbe passare attraverso un punto centrale, come il coordinatore della gestione di emergenza.</p>
<p>A6.2.1</p>	<p>Condivisione di altri dati con le parti interessate del sistema sanitario pubblico</p>	<p>In che misura i dati provenienti da altri sistemi critici sono condivisi con le parti interessate del sistema sanitario pubblico che ne hanno bisogno?</p>	<p>5 - Sono identificati i dati e le informazioni pertinenti per altri sistemi critici; i dati di qualità sono distribuiti in modo affidabile a tutti i soggetti interessati della sanità pubblica che ne hanno bisogno.</p> <p>4 - Tutti i dati e le informazioni principali sono identificati e i dati di qualità sono distribuiti in modo affidabile alla maggior parte dei soggetti interessati della sanità pubblica.</p> <p>3 - La maggior parte dei dati e delle informazioni sono identificati e distribuiti, ma possono essere di qualità e affidabilità inferiori per un sottoinsieme limitato di soggetti interessati alla sanità pubblica.</p> <p>2 - Alcuni dati e informazioni sono distribuiti solo a uno o due soggetti interessati alla sanità pubblica; qualità e affidabilità sono notoriamente un problema.</p> <p>1 - Identificazione e distribuzione rudimentale dei dati - erronea e inaffidabile anche se fornita.</p> <p>0 - Assenza di dati di sistema critici identificati o distribuiti alle parti interessate in materia di sanità pubblica.</p>	<p>I dati pertinenti in questo contesto possono includere, tra l'altro, esempi quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifiche agli scenari di rischio (Essenziale 2) che incidono sulla salute pubblica; • Previste (ad esempio, eventi meteorologici) ed effettive, dimensioni e magnitudini dei disastri; • Stato di altri sistemi critici (ad esempio, approvvigionamento energetico, approvvigionamento idrico, strade di accesso) e probabile impatto sulla salute pubblica.

<p>A6.2.2</p>	<p>Protezione e accesso alle cartelle cliniche individuali</p>	<p>In che misura i dati sanitari e di prescrizione degli individui sono protetti da un disastro e accessibili in seguito a un disastro?</p>	<p>5 - Tutte le cartelle cliniche dei cittadini (condizioni di salute, cartelle cliniche) sono sicure e accessibili anche agli operatori di pronto intervento (ad esempio, quelli che forniscono assistenza sanitaria nei rifugi, negli ospedali in cui le persone possono essere assunte in caso di lesioni).</p> <p>4 - Le cartelle cliniche dei cittadini sono per lo più sicure e accessibili con alcune eccezioni minori, ad esempio quelle relative ad alcuni specialisti sanitari, o quelle di qualche piccolo segmento della popolazione periferica.</p> <p>3 - Le cartelle cliniche sono per lo più sicure, ma possono non essere accessibili a causa di problemi di comunicazione che possono essere anticipati dopo un disastro.</p> <p>2 - Lacune più significative nella sicurezza delle cartelle cliniche.</p> <p>1 - Grandi lacune - è probabile che i dati vadano perduti per ampi segmenti della popolazione.</p> <p>0 - Nessun tentativo di garantire la sicurezza o l'accessibilità delle cartelle cliniche.</p>	<p>Le cartelle cliniche dei cittadini devono essere protette da perdite o danni (idealmente, tramite sistemi di backup fuori-area o ridondanti) e devono essere accessibili dopo un disastro in cui le persone possono risultare ferite o in rifugi temporanei, sotto cure di professionisti che non hanno familiarità con la loro storia medica. Ci può essere un attrito tra i backup fuori-area ed accessibilità dopo un disastro – questo implica la necessità di comunicazioni resilienti tra il luogo del disastro e il sito di riserva.</p> <p>Vi può essere anche un attrito tra le norme che disciplinano la protezione e la divulgazione dei dati sanitari e i requisiti di resilienza e risposta alle catastrofi. Alcuni paesi (ad esempio, il Giappone) affrontano questo problema chiedendo alle persone di tenere una scheda cartacea con adesivi indicanti le prescrizioni necessarie, da presentare nei rifugi di accoglienza temporanea - anche se queste schede possono perdersi e tale sistema può richiedere uno statuto di abilitazione per la creazione.</p>
----------------------	---	---	---	--



Essential 07: Comprendere e Rafforzare la Capacità di Resilienza della Società

Addendum –Integrazione della salute pubblica e della capacità della società

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A7	Integrazione della salute pubblica e della capacità della società (Essenziale 7)			
A7.1	Efficacia del sistema sanitario pubblico nell'impegno della comunità nel contesto della gestione del rischio di catastrofi	In che misura le comunità comprendono e sono in grado di svolgere il proprio ruolo nel mantenimento dei livelli di salute pubblica e di benessere prima, durante e dopo un disastro?	<p>5 - Ogni comunità o quartiere della città comprende, accetta ed è in grado di svolgere il ruolo che ci si aspetta da essa prima, durante e dopo un disastro, con un'organizzazione designata per condurre questo lavoro.</p> <p>4 – Il 90% delle comunità capisce, accetta ed è in grado di eseguire il ruolo previsto.</p> <p>3 – Il 75% delle comunità ha una vasta comprensione ed è in grado di eseguire elementi chiave del suo ruolo.</p> <p>2 - La metà o meno delle comunità comprende il suo ruolo e in questi casi è in grado di eseguirne solo una parte.</p> <p>1 - C'è solo una rudimentale comprensione a livello di comunità in tutta la città del ruolo della sanità pubblica, e pochissima capacità di eseguire.</p> <p>0 - Il ruolo a livello comunitario non è realmente definito o comunicato. Capacità di esecuzione sconosciuta.</p>	<p>I ruoli della comunità potrebbero includere (ma non sono limitati a):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorveglianza comunitaria delle malattie infettive (individuazione, monitoraggio e segnalazione); • Test dell'aria e dell'acqua (scienza della cittadinanza) • Consapevolezza; • Assistere le persone affette da malattie croniche (ad esempio, sostenere la fornitura e la distribuzione di farmaci); • Diffusione di informazioni sulla sanità pubblica; • Distribuzione di risorse (ad esempio, acqua in bottiglia, pannolini, coperte); • Assistenza alle persone con disabilità fisiche o mentali, sostegno alle persone con vulnerabilità (ad esempio, anziani, poveri); • Assistenza alle famiglie con neonati e bambini piccoli; • Comunicare le esigenze a coloro che prestano assistenza sanitaria ed ai soccorritori. <p>Le organizzazioni designate potrebbero essere organizzazioni e reti di risposta alle emergenze della comunità, un ospedale locale o un ufficio medico, se presente, o - con la formazione - una base religiosa, scuola, o altri gruppi della comunità.</p>

A7.1.2	Accesso della Comunità all'informazione in materia di sanità pubblica e fiducia nel suddetto materiale	In che misura le comunità ricevono, rispettano e sono disposte ad agire sulla base dell'informazione sulla salute pubblica?	<p>5 - In occasione di precedenti catastrofi, la consulenza in materia di sanità pubblica ha dimostrato di essere universalmente ricevuta, accettata e adottata.</p> <p>4 - La consulenza in materia di sanità pubblica dovrebbe essere ampiamente accolta, accettata e adottata.</p> <p>3 - Alcune comunità o altri sottogruppi possono non ricevere, accettare o agire in base alle informazioni sulla sanità pubblica.</p> <p>2 - Oltre il 50% della città può non ricevere, accettare o agire in base ad importanti informazioni sulla salute pubblica dopo un disastro.</p> <p>1 - Le informazioni sulla sanità pubblica sono solo diffuse e accettate.</p> <p>0 - Nessun tentativo di trasmettere informazioni sulla sanità pubblica.</p>	<p>L'informazione in materia di sanità pubblica comprende, tra l'altro, le seguenti esigenze post-catastrofe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvisi di inquinamento (ad esempio, avvisi di acqua bollente, avvisi di rimanere in casa); • Consulenza in materia di igiene di emergenza e prevenzione delle malattie; • Consulenza in materia di sicurezza alimentare; • Consigli sulla cura di coloro che hanno precedenti condizioni mentali o fisiche; • Consulenza per le persone con malattie croniche (ad esempio, condizioni cardiache, cancro, diabete, condizioni respiratorie, ecc.); • Informazioni sui focolai di malattia, segni e sintomi di malattia, quando e dove cercare cure e trattamenti; • Ubicazione delle strutture sanitarie di emergenza. <p>L'opinione pubblica dovrebbe anche essere consapevole di ciò che è sicuro e pericoloso in termini di salute pubblica prima, durante e dopo una catastrofe? Le misure di sicurezza comprendono (ma non esclusivamente):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimenti (cosa mangiare e cosa non mangiare); • Acqua (è potabile o no); • Qualità dell'aria o rischi di inalazione; • Garantire che le persone siano a conoscenza di alcune aree pericolose • Sicurezza di rientro degli edifici; • Vie di trasporto sicure; • Altri requisiti comportamentali come misure igieniche aggiuntive.
A7.2	Capacità della Comunità di "tornare alla normalità" - salute mentale	In che misura vengono affrontate le esigenze sulla salute mentale delle comunità?	<p>5 - L'organizzazione(i) della comunità, il sostegno psicosociale, le scuole, i centri di traumi psicologici e i consulenti esistono e sono attrezzati per affrontare l'intero spettro della salute mentale per ogni quartiere, indipendentemente dalla ricchezza, dall'età, dalla demografia, ecc.</p> <p>4 - > 75% dei quartieri coperti. Gruppi di supporto della comunità e centri traumatologici disponibili.</p> <p>3 - >50-75% dei quartieri coperti.</p> <p>2 - > 25-50% dei quartieri coperti.</p> <p>1 - I piani per coinvolgere i quartieri esistono, ma non sono stati attuati tranne forse in uno o due casi iniziali.</p> <p>0 - Nessuna necessità di salute mentale viene affrontata.</p>	<p>Le organizzazioni comunitarie dovrebbero includere gruppi di sostegno della comunità per un disastro. Il pronto soccorso psicosociale, i centri di traumatologia psicologica e i consulenti dovrebbero essere considerati per affrontare gli effetti psicologici, tra cui il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e il lutto.</p> <p>L'Essenziale 10 affronta anche gli effetti psicologici a lungo termine delle popolazioni colpite e dei soccorritori.</p>



Essential 08: Incrementare la Resilienza delle Infrastrutture

Addendum – Integrazione della salute pubblica e della resilienza delle infrastrutture

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A8	Integrazione della salute pubblica e della resilienza delle infrastrutture (Essenziale 8)			
A8.1	Rafforzamento della sicurezza strutturale e non strutturale e della funzionalità degli elementi dell'infrastruttura sanitaria pubblica non considerati in Essenziale 8	Fino a che punto le infrastrutture sanitarie pubbliche (oltre agli ospedali) sono resilienti?	<p>5 - Tutte le infrastrutture sanitarie pubbliche - compresi i servizi da cui dipendono - sono valutate in grado di poter far fronte allo scenario "più grave" con una perdita minima di servizio.</p> <p>4- Tutte le infrastrutture sanitarie pubbliche - compresi i servizi da cui dipendono - sono valutate in modo da far fronte allo scenario "più probabile" con una perdita minima di servizio.</p> <p>3 - L'infrastruttura sanitaria pubblica sarebbe significativamente sconvolta in uno scenario "più grave", ma alcuni servizi continuerebbero per il 75% della popolazione della città. Sarebbe mitigata la maggior parte dello scenario "più probabile", tuttavia.</p> <p>2 - L'infrastruttura sanitaria pubblica sarebbe significativamente sconvolta nello scenario "più probabile", ma alcuni servizi continuerebbero per il 75% della popolazione della città e il 50% per lo scenario "più grave".</p> <p>1 - Le infrastrutture sanitarie pubbliche verrebbero gravemente sconvolte o chiuse per il 50% della popolazione della città o più. Cesserebbe effettivamente di operare in uno scenario "più grave".</p> <p>0 - Assenza di infrastrutture sanitarie pubbliche a parte gli ospedali.</p>	<p>L'Essenziale 8 nella Scorecard principale si occupa di ospedali e distribuzione di cibo. Gli utenti possono scegliere se includere tali dati nella valutazione qui. Le altre principali strutture sanitarie pubbliche possono comprendere, tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ospedali non destinatari dell'Essenziale 8; • Cliniche comunitarie, centri sanitari e strutture infermieristiche, in particolare quelle con una funzione regionale (ad esempio unità di dialisi, unità ustioni); • Farmacie e dispensari; • Centri di alimentazione; • Centri di riscaldamento o raffreddamento; • Laboratori e centri di prova; • Capacità di isolamento; • Case di cura residenziali e unità abitative assistite; • Forniture mediche, nonché strutture logistiche e catene di approvvigionamento. • Alimenti di emergenza e strutture di distribuzione medica, se non indirizzato a Essenziale 8. • Protezione e controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie. • Disponibilità di forza lavoro dopo il disastro. <p>La valutazione deve prendere in considerazione la resilienza degli impianti sanitari alla perdita di infrastrutture chiave di sostegno quali le comunicazioni, l'energia, l'acqua e i servizi igienico-sanitari, i trasporti, i carburanti, l'ordine pubblico, ecc.</p>

<p>A8.2</p>	<p>Capacità di intervento delle infrastrutture di sanità pubblica, ove non considerate dall' Essenziale 8</p>	<p>In che misura gli ospedali e i centri di pronto soccorso sono in grado di gestire un improvviso afflusso di pazienti?</p>	<p>5 - Esiste una capacità di intervento per far fronte a esigenze sanitarie supplementari che possono derivare dallo scenario "più grave" ed è testata sia attraverso eventi reali che attraverso esercitazioni - può essere attivata entro 6 ore.</p> <p>4 - Esiste una capacità di intervento per far fronte ad esigenze sanitarie supplementari che possono derivare dallo scenario "più probabile" ed è testata sia attraverso eventi reali che attraverso esercitazioni - può essere attivata entro 6 ore.</p> <p>3 - La capacità di intervento esiste, ma è noto o sospettato che abbia carenze minori rispetto allo scenario "più probabile" - può essere attivato entro 6 ore. Nello scenario "più grave", sono presenti carenze più significative nella copertura geografica o nel tipo di servizio disponibile e può essere attivato solo entro 12 ore o più.</p> <p>2 - La capacità di intervento esiste, ma è noto che presenta carenze più significative nella copertura geografica o nel tipo di servizio disponibile e può essere attivata solo entro 12 ore o più. La capacità di intervento non è mai stata valutata per lo scenario "più grave".</p> <p>1 - La capacità di intervento è teoricamente disponibile, ma non è mai stata valutata o testata per lo scenario "più probabile".</p> <p>0 - Nessuna capacità di intervento è stata identificata.</p>	<p>La capacità di intervento dovrebbe basarsi sui sistemi di gestione di massa delle vittime, compreso il ruolo delle strutture sanitarie. Questa valutazione deve andare di pari passo con la perdita stimata di giorni critici di ricovero e la stima di forniture mediche urgenti per le cure traumatologiche e le persone con malattie croniche.</p> <p>Tale valutazione dovrebbe prendere in considerazione la capacità del personale medico e sanitario chiave di accedere a strutture sanitarie critiche al fine di rispondere alle esigenze sanitarie in risposta alle catastrofi.</p> <p>La capacità richiesta può essere raggiunta attraverso accordi di assistenza reciproca con strutture nelle aree vicine - ma sarà importante essere sicuri che le rotte di trasporto hanno probabilità di rimanere aperte per consentire di raggiungere tali strutture.</p> <p>La capacità di intervento comprende il personale sanitario e di altro tipo, le strutture, i beni e le forniture (ad esempio, le attrezzature di protezione individuale) e il sostegno fornito da altre infrastrutture a sostegno del settore sanitario.</p>
--------------------	--	--	---	--

A8.3	Continuità di cura per chi è già malato, dove non considerato dall'Essenziale 8.	<p>Fino a che punto è possibile mantenere l'assistenza per coloro che sono già malati o dipendenti?</p>	<p>5 - L'assistenza potrebbe essere mantenuta nello scenario "più grave" per tutte le categorie di pazienti esistenti. Se i pazienti devono essere spostati, le strutture di trasporto e le rotte sono note per avere capacità e resilienza richieste.</p> <p>4 - L'assistenza potrebbe essere mantenuta nello scenario "più probabile" per tutte le categorie di pazienti esistenti. Se i pazienti devono essere spostati, le strutture di trasporto e le rotte sono note per avere capacità e resilienza richieste.</p> <p>3 - Alcune ricadute nello scenario "più probabile" per la cura di categorie specifiche di pazienti. Lo spostamento di alcuni pazienti potrebbe essere problematico. Ricadute più diffuse nello scenario "più grave" per le cure di categorie specifiche di pazienti. Lo spostamento di molti pazienti può essere problematico.</p> <p>2 - Ricadute più diffuse nello scenario "più probabile" per le cure di categorie specifiche di pazienti. Lo spostamento di molti pazienti potrebbe essere problematico. Gravi ricadute sotto lo scenario "più grave" per la cura di quasi tutti i pazienti esistenti, con spostamento possibile solo nella maggior parte dei casi urgenti.</p> <p>1 - Gravi impatti nello scenario "più probabile" per la cura di quasi tutti i pazienti esistenti, con possibilità di spostamento solo nella maggior parte dei casi urgenti. Nello scenario "più grave", la cura dei pazienti esistenti fallirebbe completamente.</p> <p>0 - La cura dei pazienti esistenti fallirebbe completamente o quasi completamente in uno scenario "più probabile".</p>	<p>Questa valutazione deve andare di pari passo con la stima di giorni di ricovero critici e la stima di forniture mediche urgenti.</p>
-------------	---	---	---	---



Essential 09: Garantire un'efficace risposta alle catastrofi

Addendum –Integrazione della sanità pubblica e risposta alle catastrofi

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Area di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A9	Integrazione della sanità pubblica e risposta alle catastrofi (Essenziale 9)			
A9.1	Sistemi di allarme rapido per le emergenze sanitarie	In che misura esistono sistemi di allarme rapido per le emergenze imminenti che hanno potenziali effetti sulla salute?	<p>5 - Esiste un monitoraggio completo ed efficace che fornirà efficaci avvertimenti tempestivi per affrontare i rischi e gli impatti per la salute per tutti i pericoli che una città deve affrontare. Essi concederanno un tempo per la reazione (per quanto la tecnologia lo permette). Gli avvertimenti sono visti come affidabili e specifici per la città.</p> <p>4 - Il monitoraggio globale esiste anche se non è pienamente efficace in tutti i casi. Gli avvertimenti esistono ma il tempo di avvertimento può essere inferiore a quello attualmente consentito dalla tecnologia. Gli avvertimenti sono considerati affidabili e specifici.</p> <p>3 - Il monitoraggio esiste per la maggior parte dei rischi sanitari ed è ampiamente efficace, ma uno o più rischi chiave non sono coperti. Alcuni pericoli sono esclusi e il tempo di avvertimento può essere inferiore a quello consentito dalla tecnologia.</p> <p>2 - Alcuni controlli esistono, ma presentano lacune significative. Il tempo di avvertimento è inferiore ai permessi tecnologici e ci possono anche essere alcuni falsi positivi: l'affidabilità degli avvertimenti può quindi essere percepita come discutibile.</p> <p>1 - Il monitoraggio è rudimentale nel migliore dei casi e non può fornire avvertimenti. Avvertimenti visti come ad hoc ed inaffidabili. Probabilità di essere ignorati.</p> <p>0 - Nessun monitoraggio o avvertenze.</p>	

<p>A9.2</p>	<p>Integrazione della sanità pubblica nella gestione delle emergenze</p>	<p>In che misura il settore della sanità pubblica e i professionisti sono integrati nel team di gestione delle emergenze?</p>	<p>5 - Il settore della sanità pubblica è pienamente rappresentato e coinvolto nel gruppo di gestione delle emergenze e integrato in tutte le decisioni di emergenza. L'incarico è stato testato tramite esercitazioni (nell'ultimo anno) o risposte dal vivo.</p> <p>4 - La salute pubblica è integrata ma tramite input in remoto (telefono, messaggistica). L'incarico è stato testato, ma forse più di 12 mesi fa.</p> <p>3 - La salute pubblica è rappresentata, ma l'incarico non è stato testato in tre anni; o rappresentato, ma alcune discipline chiave sono omesse.</p> <p>2 - I processi di gestione dei disastri prevedono la consultazione della sanità pubblica, ma durante il seguito degli eventi, non mentre accadono. Nessun test dei processi.</p> <p>1 - La gestione dei disastri si basa su telefonate ad hoc agli operatori e alle strutture sanitarie pubbliche.</p> <p>0 - La salute pubblica è effettivamente slegata dalla gestione delle catastrofi.</p>	<p>Questa valutazione riguarda la qualità e la profondità degli accordi di lavoro tra il settore sanitario, i professionisti della sanità pubblica (come definiti in precedenza) e gli altri soccorritori di emergenza nella pianificazione e gestione delle catastrofi, compresa la risposta.</p>
<p>A9.3</p>	<p>Considerazione delle popolazioni a più alto rischio o di quelle che vivono a casa con condizioni di salute compromesse preesistenti</p>	<p>Fino a che punto sono considerate le esigenze di popolazioni a più alto rischio, come i cittadini con patologie preesistenti, disabilità o perdita di funzionalità che possono richiedere un sostegno aggiuntivo?</p>	<p>5 - Vengono identificati tutti i cittadini che potrebbero aver bisogno di un sostegno supplementare o di misure specifiche per tutta la città e esistono disposizioni per aiutarli.</p> <p>4 - Il 95% dei cittadini che potrebbe aver bisogno di un sostegno supplementare o di misure specifiche per tutta la città è identificato ed esistono disposizioni per aiutarlo.</p> <p>3 - Il 75% dei cittadini che potrebbe aver bisogno di un sostegno supplementare o di misure specifiche per tutta la città è identificato ed esistono disposizioni per aiutarlo.</p> <p>2 - Il 50% dei cittadini che potrebbe aver bisogno di un sostegno supplementare o di misure specifiche per tutta la città è identificato, ma non esistono disposizioni per aiutare tutti loro.</p> <p>1 - Meno del 50% dei cittadini che potrebbe aver bisogno di un sostegno supplementare o di misure specifiche è identificato ma vi sono lacune diffuse nelle disposizioni per aiutarlo.</p> <p>0 - Nessuna disposizione volta a identificare o a fornire sostegno supplementare o misure specifiche ai cittadini che richiedono un aiuto supplementare.</p>	<p>Le persone che potrebbero aver bisogno di un sostegno supplementare o di misure specifiche comprenderanno, tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bambini, anziani e loro badanti; • Persone con disabilità e perdita di funzioni, come mobilità ridotta; • Pazienti con patologie mediche multiple, pazienti in dialisi o altri pazienti con significative attrezzature sanitarie domestiche; • Quelli (ad esempio con diabete o asma) che richiedono farmaci aggiuntivi; • Coloro che hanno esigenze di salute temporanee, come la gravidanza; • Persone con malattie mentali o disabilità.

A9.4	Capacità di fornire forniture di sanità pubblica alle persone più in difficoltà	<p>Fino a che punto la città può fornire gli articoli e le attrezzature necessarie per mantenere la salute pubblica durante e dopo un disastro.</p>	<p>5 - Esiste un elenco completo degli elementi richiesti, e i piani testati sono noti per essere adeguati per consegnarli rapidamente a tutta la popolazione.</p> <p>4 - Un elenco esiste, ma non può essere completo, e piani non possono essere testati o pienamente adeguati per l'intera città.</p> <p>3 - Esiste una lista e gli elementi chiave saranno disponibili per il 75% della popolazione.</p> <p>2 - Nessuna lista, ma scorte e forniture esistono per alcuni articoli. La capacità di distribuzione può raggiungere il 50% della popolazione.</p> <p>1 - Esistono alcune scorte di prodotti chiave ma non si tenta di pianificarle, e il meccanismo di distribuzione difficilmente avrà successo, anche se esiste.</p> <p>0 - Nessun tentativo di affrontare questo problema.</p>	<p>Le forniture per la gestione delle emergenze destinate alle comunità, alle abitazioni e ai luoghi di rifugio comprendono, tra l'altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridondanza nel sistema di alimentazione o nella catena fredda per lo stoccaggio di alimentatori sensibili alla temperatura; • Fornitura di pronto soccorso e controllo delle infezioni; • Acqua e compresse ed apparecchiature per la depurazione dell'acqua; • Forniture igienico-sanitarie; • Bisogni del bambino; • Farmaci comuni e forniture di attrezzature mediche a casa in formulazioni e dimensioni appropriate per ogni segmento della comunità; • Dispositivi di protezione individuale (DPI); • Alimenti adatti alla cultura e all'età. <p>In alcuni paesi, i ministeri della sanità e le agenzie di gestione di emergenza specificheranno elenchi di tali elementi.</p>
-------------	--	---	---	--



Essential 10: Accelerare il Recupero e Ricostruire Meglio

Addendum – Integrazione della sanità pubblica e della ripresa, del ricostruire meglio

Ref	Soggetto/Problematiche	Domanda/Scheda di Valutazione	Scala di misura <i>indicativa</i>	Commenti
A10	Integrazione della sanità pubblica e recupero/ricostruzione (Essenziale 10)			
A10.1	Mitigare gli impatti a lungo termine sulla salute pubblica e sul benessere	In che misura sono previsti piani estesi di sanità pubblica dopo l'evento catastrofico?	<p>5 - Esistono piani estesi completi per affrontare le esigenze di salute pubblica a più lungo termine dopo lo scenario di rischio considerato "più probabile" e "più grave".</p> <p>4 - Esistono piani estesi completi che affrontano le esigenze di salute pubblica a più lungo termine dopo lo scenario "più probabile".</p> <p>3 - Esistono piani per dopo l'evento "più probabile", ma con alcune carenze. Carenze più significative per lo scenario "più grave".</p> <p>2 - Esistono piani per dopo l'evento "più probabile", ma con carenze più significative. Inadeguatezza generalizzata per lo scenario "più grave".</p> <p>1 - Esistono piani per dopo l'evento "più probabile", ma con inadeguatezza generalizzata.</p> <p>0 - Nessun piano.</p>	<p>Un piano sanitario completo dovrebbe includere (elenco non esaustivo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impatto del disastro su malattie non trasmissibili; • Un piano a lungo termine per affrontare le esigenze psicosociali delle popolazioni colpite e dei soccorritori; • Servizi di riabilitazione; • Ripristino della sicurezza dei servizi sanitari e dell'ambiente per prevenire i livelli e ridurre i rischi di eventi futuri; • Mantenimento di servizi sanitari di routine come l'immunizzazione (spesso problematico con interruzione della catena del freddo); • Conservazione e distribuzione dei farmaci; • Distribuzione di cibo; • Gestione delle acque; • Necessità di manodopera.
A10.2	Imparare e migliorare	Fino a che punto esiste un meccanismo formalizzato per imparare dalle prestazioni del sistema sanitario pubblico prima, durante e dopo i disastri?	<p>5 - Esiste un meccanismo di apprendimento definito che integra la sanità pubblica con altre lezioni ed è stato utilizzato con risultati dimostrabili.</p> <p>4 - Esiste un meccanismo di apprendimento definito che integra la sanità pubblica con altre lezioni, ma non è ancora stato utilizzato - nessuna catastrofe.</p> <p>3 - L'apprendimento avverrà attraverso un meccanismo di valutazione della salute pubblica, ma è solo unilaterale o bilaterale - le lezioni restano nel l'ambito della sanità pubblica funzionale e non vi è alcun tentativo di integrare l'apprendimento della salute pubblica con altre discipline all'interno della città. Allo stesso modo, la salute pubblica non influenza l'apprendimento in altri servizi.</p> <p>2 - Nessun meccanismo reale definito, ma esercizi di apprendimento ad hoc sono stati utilizzati o possono essere previsti in disastri futuri.</p> <p>1 - Tentativi sparsi e fugaci di apprendere e migliorare nel passato si sono verificati o sono previsti in futuro.</p> <p>0 - Nessun tentativo di imparare e migliorare.</p>	