

Continuità Assistenziale in situazioni di Maxiemergenza e Calamità naturale per la tutela dei soggetti fragili residenti nell'area fiorentina

SOS Assistenza Infermieristica Firenze – Coordinamento Maxiemergenze

P. Terrosi, G. Risaliti, G. Calzeroni, Protezione Civile Comune di Firenze, C. Rossi, M. Della Fonte, S. Latini, S. Senatori, R. Rubertelli

PREMESSA

Il progetto si occupa della continuità operativa delle Strutture Ospedaliere e territoriali in condizione di Maxi-emergenze o Emergenze Sanitarie, basandosi sui risultati ottenuti dallo svolgimento di due precedenti esperienze: L'obiettivo generale del progetto SIVEAS è quello di valutare le criticità e gli elementi positivi dei principali aspetti della sanità nella funzione ordinaria.

SIVEAS (Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria) ha identificato un primo gruppo di indicatori per misurare tre parametri: appropriatezza, efficienza e qualità dei servizi sanitari.

Il progetto MOVE (Methods for the Improvement of Vulnerability Assessment in Europe) ha permesso di individuare alcuni parametri per valutare la vulnerabilità delle strutture ad eventi calamitosi.

Grazie al progetto MOVE si è creato un Hospital Performance Index per misurare la risposta ospedaliera in caso di calamità naturali e antropiche.

La pianificazione dei disastri, alla stregua della strategia, si predispongono per preparare la comunità al verificarsi di un evento disastroso improvviso; la gestione invece implica l'utilizzo delle tattiche migliori per affrontare le contingenze specifiche che si verificano nella fase di emergenza di un evento avverso (disastro).

Business Continuity Management (BCM)

Il diagramma illustra il ciclo del BCM, diviso in crisi management e business continuity management. Il ciclo è diviso in fasi: crisi (durante evento), post crisi (breve termine) e medio-lungo termine. Sotto ogni fase sono indicati i documenti di riferimento: emergency plan, contingency plan disaster recovery e continuity plan.

1. fase di ripristino immediato, mediante l'implementazione di un contingency plan
2. fase di normalizzazione, nel medio/lungo termine, mediante l'implementazione di un continuity plan.

Le strutture sanitarie appartengono al gruppo dei responders di prima categoria (Civil Contingencies Act (CCA, 2004) e perciò sono tenute a garantire le seguenti attività in ogni situazione di emergenza attraverso le seguenti azioni:

- Valutazione continua del rischio per i maggiori eventi;
- Pianificazione della risposta ad un'emergenza e del mantenimento dei servizi sanitari nel modo razionalmente più praticabile;
- Formazione e preparazione dello staff per la gestione di maxi-emergenze;
- Condivisione e cooperazione con altri enti interessati dall'evento.

CRONO BCM "CRISIS PLAN"

Il diagramma illustra il cronogramma del BCM, diviso in crisi management e business continuity management. Il ciclo è diviso in fasi: Ev. fase di ALLARME, crisi (durante evento), post crisi (breve termine) e medio-lungo termine. Sotto ogni fase sono indicati i documenti di riferimento: emergency plan, contingency plan disaster recovery e continuity plan.

da 0 a 72 hh | oltre le 72 hh

Alertamento Evacuazione | Salvataggio (118-115) Soccorso e stabilizzazione PST PMA | Accoglienza e PASS | Inizio fase di ripristino delle attività di assistenza e cure in strutture agili o in strutture campali (Campo Servizi sociosanitari, ospedali da campo per la gestione/stabilizzazione pre trasferimento pazienti critici (DEA da Campo)

In caso di evento avverso di tipo catastrofico, come terremoto o alluvione, è di vitale importanza ripristinare quanto prima l'operatività delle strutture ASL coinvolte e renderle quanto prima di nuovo operative, per ridurre al minimo i tempi di latenza assistenziale dei pazienti in trattamento già prima dell'evento.

Obiettivo del progetto

Creazione, gestione e aggiornamento di un'Anagrafe dei Soggetti Fragili. Costruire, quindi, una banca dati che consentirà di rappresentare i diversi dati socio-sanitari dei pazienti, in modo da definire lo stato di salute della popolazione con disabilità e garantire un'adeguata assistenza.

Metodologia

Per l'identificazione dei soggetti fragili sono stati presi in esame i pazienti in carico all'ADI di Firenze, i dati delle persone portatrici di handicap e assistiti con legge 104 forniti da ESTAR.

È preso come strumento di riferimento il Metodo ICF (Checklist Organizzazione Mondiale della Sanità, settembre 2003 Traduzione italiana realizzata e approvata dal Disability Italian Network) i cui dati essenziali, si trovano nella scheda cartacea usata dagli infermieri delle cure primarie che è in fase di digitalizzazione.

Codifica Valutazione priorità e criticità

RESIDENZA: COD. D
D1: DOMICILIO 1 (DIFFICOLTA' ACCESSO r / NO DIFFICOLTA' V) + PIANO ABITAZIONE ...
D2: ALTRE STRUTTURE 3
D3: SITUAZIONE FAMILIARE: COD. V
D4: VIVE DA SOLA 1
D5: VIVE CON FAMILIARI 2
D6: VIVE CON BADANTE 3

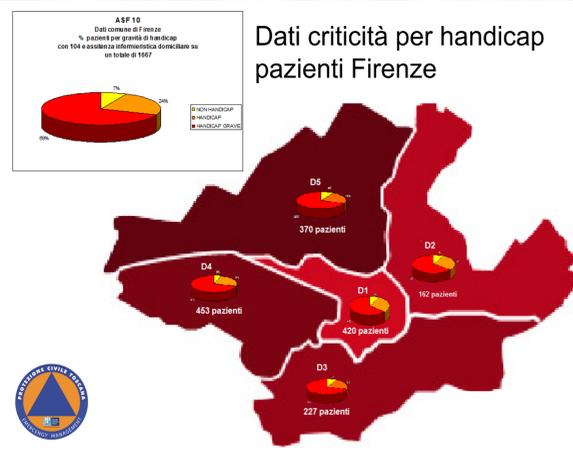
PATOLOGIA: COD. C
C 1: TRAUMATICA
C 2: CARDIOCIRCOLATORIA
C 3: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE RESPIRATORIA
C 4: NEUROLOGICA
C 5: PSICHIATRICA
C 6: NEOPLASTICA
C 7: TOSICOLOGICA
C 8: METABOLICA
C 9: GASTROENTEROLOGICA
C 10: UROLOGICA
C 11: OCULISTICA
C 12: OTORINOLARINGOIATRICA
C 13: DERMATOLOGICA
C 14: OSTETRICO-GINECOLOGICA
C 15: INFETTIVA
C 18: ALTRA PATOLOGIA
C 20: NON IDENTIFICATA

AUTOSUFFICIENZA NELL'EVACUAZIONE COD. E
E1: NON AUTOSUFFICIENZA NELL'EVACUAZIONE COD. NE
E2: HANDICAP COD. H
E3: VISIVI 1
E4: UDITIVI 2
E5: VERBALI 3

Cod. Priorità: legato a tipo evento/situazionale/ambientale/criticità evacuazione
Rosso entro 20'
Giallo entro 40'- 60'
Verde entro 120'

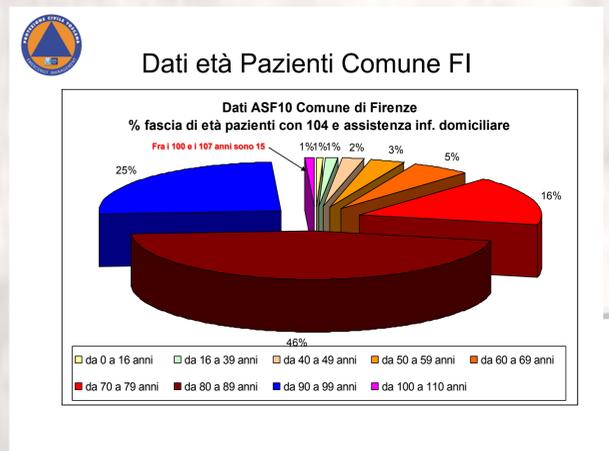
Cod. mezzo/squadra:
(sierra1) mezzo attrezzato tre volontari
(sierra2) pulmino o auto 1 volontario
(alfa1) ambulanza ordinaria
(alfa2) ambulanza 118 (a discrezione CO118)
(victor) mezzo soccorso tecnico es. VVF(a discrezione CO 115)
(foxtrot) supporto forze dell'ordine

Esempio: D1r2/V1/C2/NEH2/ verde s1 =
soggetto a domicilio accessibilità e vie di evacuazione con criticità architettoniche, 2° piano. Senza parenti o conviventi presenti. Affetto da patologia cardio circolatoria in cura. Non autosufficiente per l'evacuazione e sordo



Risultati

Il servizio infermieristico di assistenza domiciliare è stato individuato come la sentinella del sistema più affidabile: su un totale di 4500 schede di pazienti assegnati al servizio infermieristico domiciliare di Firenze sono state attivate per il progetto 1667 schede. Tra questi pazienti 119 (7%) non presentano handicap ma hanno bisogno di assistenza in caso di emergenza, 400 (24%) presenta handicap, 1149 (69%) sono portatori di handicap grave. Il 72% dei soggetti è ultraottantenne (46% nella fascia di età 80-89 anni, 25% 90-99 anni, 1% 100-110 anni). I pazienti tra 80 e 89 anni rappresentano la percentuale maggiore di soggetti per tutti i gradi di handicap



Conclusioni

Realizzazione di un piano di continuità assistenziale a tutela dei soggetti fragili che farà parte del Piano Comunale di Protezione Civile.

Simulazione evento alluvionale zona II Romito torrente Mugnone

notare le stelline: sono i soggetti fragili con difficoltà a mettersi in salvo autonomamente e che sono soggetti a terapie o supporti vitali non sospendibili per i quali esiste una scheda EVAC e un file sanitario per la continuità assistenziale

VIA CIRCONDARIA	LARGO CESARE CANTU'
VIA PIETRO CIRONI	VIA LUIGI LANZI
VIA MARCO LASTRI	VIA CRIMEA
VIA ANTONIO LOCATELLI	VIA COSSERIA
VIA SCIPIO SLATAPER	VIALE DEI CADORNA
VIA SCIPIO SIGHELE	VIA VENTIGUATTRO
VIA DEL ROMITO	VIA DELLO STATUTO
VIA GIOVANNI LORENZONI	VIA DELLE CINQUE SIGNORE
VIA GAETANO MILANESI	VIA FRANCESCO CRISPI
VIA SCIPIO DE' RICCI	VIA IPPOLITO NIEVO
VIA FRANCESCO BONAINI	VIA DEL ROMITINO
VIA EGISTO FABBRI	VIA VITTORIO EMANUELE
VIA GIUSEPPE RICHA	PIAZZA DELLA COSTITUZIONE
VIA ANGELO MARIA BANDIRI	PIAZZA FILIPPO SALDIROCCI
VIA LUIGI PASSERINI	VIA CESARE GIUSTI
VIA GIANFRANCESCO PAGNINI	PIAZZA LUDOVICO ANTONIO RUBATONI
VIA GIOVANNI LAMI	