

SCORECARD-UL URBAN ÎN MATERIE DE REZILIENȚĂ LA DEZASTRE

APR 2020

ADDENDUM-UL REZILIENȚEI SISTEMULUI DE SĂNĂTATE
PUBLICĂ

Versiune consultativă 2.0



Scorecard-ul urban în materie de reziliență la dezastre: Reziliența sistemului de sănătate publică – Addendum

Una dintre problemele cunoscute ale [Scorecard-ului urban în materie de reziliență la dezastre al Biroului ONU pentru reducerea riscurilor de dezastre](#), („Scorecard”), este că problemele de sănătate publică și consecințele dezastrelor nu sunt subliniate în mod corespunzător. În timp ce factori de sănătate mai vizibili, cum ar fi capacitățile serviciilor spitalicești și siguranța structurală și nestructurală, se regăsesc în Scorecard (în Esențialul 8 - a se vedea mai jos), alte probleme de sănătate publică legate de dezastre nu au fost bine abordate. Acest Addendum, promulgat de UNDRR, cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și a partenerilor, își propune să remedieze acest aspect. Addendum-ul ar trebui utilizat împreună cu Scorecard-ul UNDRR și cu [programul de urgență în sănătate al OMS și gestionare a riscurilor de dezastre, Cadrul EDRM](#).

Termenul „probleme de sănătate publică” este utilizat aici pentru a cuprinde consecințele asupra sănătății unei populații care trece prin situații de urgență și dezastre. Acestea pot include:

- Evenimente propriu-zise (de exemplu, apariția focarelor de boală sau pandemie, secetă, cutremur, inundații, tornado, foamete, incendiu de pădure, concentrații maxime de poluare a aerului);
- Consecințe imediate ale unui dezastru (de exemplu, victime în masă, traume fizice, boli și efecte asupra sănătății mintale);
- Consecințele secundare ale dezastrelor cu riscuri și efecte asupra sănătății (de exemplu, malnutriție, focare de boli cu transmitere hidrică din cauza sistemelor de salubritate deteriorate, perturbarea subzistenței, perturbarea programelor de vaccinare, efecte psihologice pe termen lung, incidența crescută a bolilor netransmisibile sau multiplele efecte ale șederilor pe termen lung în aranjamente temporare de trai);
- Întreruperi ale serviciilor medicale pentru persoanele cu probleme preexistente de sănătate (de exemplu, accesul la medicamente pentru afecțiuni cronice sau în cazul în care o întrerupere prelungită a curentului electric dezactivează aparatele de dializă la domiciliu sau scaunele electrice cu rotile);
- Luarea în considerare a nevoilor populațiilor vulnerabile în urma unui dezastru (de exemplu, cei săraci, foarte tineri, persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă, femeile);

- Capacitatea sistemului de sănătate (concepută pe larg - a se vedea mai jos) într-un oraș de a soluționa aceste probleme, continuând în același timp să își îndeplinească funcțiile zilnice de îngrijire a bolnavilor și răniților și de reducere a riscului pentru sănătate pentru publicul larg.

Termenul „sistem de sănătate publică” include, dar nu poate fi limitat la toate articolele enumerate în Anexa 2 a Cadrului EDRM pentru sănătate și nici la oricare alte elemente. Exemple:

- Servicii de îngrijire medicală;
- Spitale;
- Instituții rezidențiale și centre de îngrijire și asistență;
- Policlinici comunitare, oficii ale medicilor de familie și facilități ambulatorii de îngrijire;
- Instituții de boli mintale;
- Departamente de sănătate publică;
- Sisteme de supraveghere a bolilor;
- Laboratoare de sănătate;
- Sisteme de aprovizionare și distribuție a produselor farmaceutice și dispozitivelor medicale;
- Sisteme de sănătate a mediului (de exemplu în cazul materialelor periculoase);
- Sisteme de ape ducte și canalizare;
- Sisteme de distribuție a alimentelor și de securitate;
- Procese și facilități comunitare de informare, implicare și sensibilizare;
- Centre de control ale gestionării situațiilor de urgență;
- Sisteme non-sănătate de care îngrijirea medicală poate depinde în mod critic - energie, apă, comunicații, drumuri, conștientizarea comunității etc. (pentru acestea vezi Scorecard-ul urban al UNDRR);
- Tot personalul medical și nu doar, ci și voluntarii, activele, echipamentele instalațiilor și echipamentele de protecție necesare pentru gestionarea și operarea celor de mai sus.

O descriere mai detaliată a sistemului de sănătate include toate activitățile ale căror scop principal este de a promova, restabili și/sau menține sănătatea. Astfel, poate include persoane, instituții și resurse care se află în domeniul de sănătate și în alte sectoare. Scorecard-ul urban și acest Addendum, pot fi utilizate pentru a demonstra contribuțiile tuturor.

sectoarelor la îmbunătățirea consecințelor din domeniul de sănătate cauzate de dezastre. Această versiune a Addendum-ului rezilienței sistemului de sănătate publică este întocmită pe versiunea consultativă 1.0 lansată în iulie 2018.

Structura evaluării rezilienței sistemului de sănătate publică

Addendum-ul este structurat pe secțiuni în jurul a „[Zece esențiale pentru a îmbunătăți reziliența orașelor](#)” ca și Scorecard. Acesta se suprapune inevitabil cu prezența spitalelor și distribuția de alimente în Esențialul 8 și poate fi considerat drept o amplificare a acestora.

- Integrarea sănătății publice și guvernantei (Esențialul 1);
- Integrarea sănătății publice și scenariilor de dezastre (Esențialul 2);
- Integrarea sănătății publice și finanțelor (Esențialul 3);
- Integrarea sănătății publice și utilizării terenurilor/normelor de construcție (Esențialul 4);
- Gestionarea serviciilor ecosistemice care afectează sănătatea publică (Esențialul 5);
- Integrarea sănătății publice și capacității instituționale (Esențialul 6);
- Integrarea sănătății publice și capacității sociale (Esențialul 7);
- Integrarea sănătății publice și rezilienței infrastructurii (Esențialul 8);
- Integrarea sănătății publice și răspunsului în caz de dezastre (Esențialul 9);
- Integrarea sănătății publice și recuperarea/construirea mai bună (Esențialul 10).

În total sunt 23 de întrebări/indicatori, fiecare are un punctaj de la 0 la 5, unde 5 este cea mai bună practică.

Date necesare pentru analiză

Datele necesare pentru a completa acest Addendum vor include:

- Capacitatea sistemului public de sănătate, părțile interesate, planificarea și documentația procedurală;
- Planificarea gestionării situațiilor de urgență și documentația procedurală;
- Infrastructura sănătății publice (vezi Esențialul 8);
- Date cu privire la rezultatele obținute în domeniul sănătății în urma dezastrelor anterioare, dacă sunt disponibile;
- Date demografice, inclusiv pentru categoria vulnerabilă a populației;
- Feedback-ul profesional și al comunității cu privire la capacitatea și eficacitatea sistemului.

Mulțumiri

UNDRR dorește să mulțumească persoanelor care au contribuit la elaborarea acestui Addendum:

- Yoshiko Abe, Dr., Strateg în durabilitate, International Headquarters, Kokusai Kogyo Co., Ltd.
- Jonathan Abrahams, Programul cazurilor de urgență privind sănătatea, Organizația Mondială a Sănătății
- Sanjana Chintalapudi, Consultant în transformarea afacerilor, IBM
- Jon Philipsborn, Vicepreședinte asociat, Directorul practicii de adaptare la schimbările climatice, America, AECOM
- Becca Philipsborn, Profesor asistent, Departamentul de pediatrie al Universității Emory și Institutul de Sănătate Globală Emory
- Benjamin Ryan, Dr., Profesor asociat clinic, Departamentul științe ale mediului, Universitatea Baylor
- Dale Sands, Director, M.D. Sands Consulting Solutions LLC.
- Nik Steinberg, Consultant specialist în riscuri climatice, 427 Consulting
- Peter Williams, Dr., IBM Distins Inginer (rez.), Fondator și director la Peter Williams Solutions LLC.

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



Esențialul 01: Pregătirea pentru reziliență

Addendum - Integrarea sănătății publice și guvernantei

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară indicativă de măsurare	Comentarii
A.1	Integrarea sănătății publice și guvernantei (Esențialul 1)			
A1.1	Sectorul sănătății face parte din guvernanta multisectorială a gestionării riscurilor de dezastre	În ce măsură mecanismul / mecanismele de guvernanta pentru gestionarea riscului de dezastre integrează întreaga gamă de considerente ce țin de sănătate publică?	<p>5 – Spectrul complet de funcții în materie de sănătate publică (din dreapta) contribuie, în mod obișnuit, la mecanismele / întâlnirile guvernantei rezilienței urbane la dezastre și contribuie, în mod obișnuit, la toate programele și documentele majore de reziliență la dezastre. (Participarea se poate face printr-un punct focal nominalizat care să combine contribuția mai multor discipline).</p> <p>4 – Reprezentanții majorității funcțiilor de sănătate publică participă de obicei la întâlnirile majore de reziliență urbană la dezastre și contribuie la programe majore, dar posibil să nu fie implicați în toate activitățile relevante.</p> <p>3 – Funcțiile în materie de sănătate publică au propriile foruri și mecanisme de reziliență la dezastre, dar, deși includ întregul spectru de funcții, acestea nu sunt coordonate îndeaproape cu alți actori, cum ar fi administrațiile orașelor, operatorii de logistică sau grupurile comunitare. Accentul poate fi restrâns pe răspunsul imediat la evenimente, mai degrabă decât pe probleme mai largi de reziliență, cum ar fi impactul pe termen lung.</p> <p>2 – Unele discipline de sănătate publică sunt implicate în unele activități de reziliență urbană la dezastre, dar nu există un angajament complet.</p> <p>1 – Există doar implicarea rudimentară a disciplinelor în materie de sănătate publică în activitățile de reziliență urbană la dezastre.</p> <p>0 – Nu există nici o funcție a sănătății publice în regiune sau, dacă există, aceasta nu este deloc implicată în reziliența la dezastre.</p>	<p>Așa cum este utilizat aici, termenul „funcții de sănătate publică” include lista completă a elementelor stabilite în Anexa 2 a Cadrului EDRM al OMS pentru sănătate, la care se face referire anterior. Drept exemple, include, dar nu se limitează la următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratatamentul și controlul bolilor infecțioase; • Îngrijirea traumelor; • Asistența medicală primară; • Îngrijirea pediatrică și geriatrică; • Asistența medicală de urgență; • Sănătatea mediului; • Epidemiologie; • Controlul vectorului; • Ambulanțe și transport sanitar; • Aprovizionarea cu produse farmaceutice și dispozitive medicale; • Apă și canalizare; • Siguranța alimentară, depozitare la rece și distribuție; • Siguranța substanțelor chimice și materialelor periculoase (substanțe periculoase) (în locații în care se află uzine chimice, spre exemplu); • Sănătatea mintală individuală și sănătatea mintală a comunității, inclusiv consilierea în caz de doliu și traume mintale; • Administratori urbani, de stat și naționali de sănătate publică. <p>Reprezentanții acestor funcții trebuie să fie în măsură să vorbească cu autoritate despre resursele disponibile în oraș și în regiune pentru a menține sistemul de sănătate publică.</p>



Esențialul 02: Identificarea, înțelegerea și întrebuițarea scenariilor de risc curente și viitoare

Addendum - Integrarea sănătății publice și scenariilor de dezastre

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A.2	Integrarea sănătății publice și a scenariilor de dezastre (Esențialul 2)			
A2.1	Includerea unei game de urgențe și dezastre (de exemplu, apariția focarelor de boli / pandemie, foamete, penurie de apă etc.) drept scenariu de dezastru propriu-zis	În ce măsură urgențele și dezastrele, inclusiv aparițiile focarelor de boli, sunt incluse în planificarea riscului de dezastru?	<p>5 – Urgențele și dezastrele, inclusiv apariția focarelor de boli, sunt pe deplin incluse de către oraș, fie drept scenariu de risc propriu-zis, fie ca un element al unui scenariu „mixt”. Impactul potențial asupra disponibilității personalului și asupra unităților de sănătate este modelat și planificat, atât individual, cât și în combinație cu alte riscuri în care o epidemie sau o pandemie poate împiedica capacitatea de răspuns.</p> <p>4 – Urgențele și dezastrele, inclusiv apariția focarelor de boli, sunt abordate conform celor de mai sus, dar acestea tind să fie analizate separat de alte riscuri și, prin urmare, interacțiunea cu alte riscuri nu poate fi abordată pe deplin.</p> <p>3 – Urgențele și dezastrele, inclusiv focarele, sunt analizate împreună cu impactul lor potențial, dar aceste impacturi nu sunt pe deplin modelate.</p> <p>2 – Urgențele și dezastrele, inclusiv focarele, pot fi luate în calcul, dar doar la nivelul înalt.</p> <p>1 – Riscul aparițiilor focarelor de boli poate fi notat drept o problemă, dar fără a evalua atent impactul acestuia sau a răspunsurilor necesare.</p> <p>0 – Pandemiile nu se iau deloc în considerare.</p>	Scorecard-ul necesită dezvoltarea (cel puțin) a scenariului de „cel mai rău caz” și „caz obișnuit” de la care să pornească planificarea rezilienței la dezastre. Această întrebare abordează măsura în care urgențele și dezastrele, inclusiv focarele de boli, sunt incluse în scenariile de risc adoptate de oraș. Următoarea întrebare abordează impactul problemelor de sănătate asupra planificării gestionării dezastrelor, răspunsului și recuperării.

<p>A2.2</p>	<p>Includerea impacturilor previzibile asupra sănătății publice din alte scenarii de risc de dezastru (de exemplu, inundații, evenimente de încălzire, cutremur)</p>	<p>În ce măsură sunt incluse impacturile asupra sănătății publice în planificarea scenariilor urbane pentru alte riscuri de dezastru?</p>	<p>5 – Un set cuprinzător de probleme de sănătate în caz de dezastru este pe deplin inclus în scenariile de planificare a dezastrelor. Potențialul impact asupra disponibilității personalului, a unităților de sănătate, a apei și a canalizării, a tratamentului și a îngrijirii este planificat și modelat, inclusiv impactul imediat și pentru problemele de sănătate fizică și psihologică pe termen lung.</p> <p>4 – Problemele de sănătate în caz de dezastru sunt abordate pe deplin conform celor de mai sus, dar tind să fie analizate separat de alte impacturi și, prin urmare, efectul pe care îl pot avea asupra recuperării în caz de dezastru nu este pe deplin evaluat.</p> <p>3 – O serie de probleme de sănătate în caz de dezastru sunt abordate, poate chiar în detaliu, dar nu există o acoperire completă. Problemele pe termen lung, problemele de sănătate fizică și mintală sunt probabil omise.</p> <p>2 – Unele probleme imediate de sănătate postdezastru sunt luate în considerare și planificate, dar numai printr-o descriere a tratamentului.</p> <p>1 – Problemele de sănătate în caz de dezastru pot fi recunoscute, dar nu există o planificare reală pentru acestea.</p> <p>0 – Nu există nici o analiză a problemelor de sănătate post-dezastru.</p>	<p>Scorecard-ul necesită dezvoltarea (cel puțin) a unui scenariu cu „cel mai grav” (cel mai rău caz) și „cel mai probabil” (caz obișnuit) din care să se planifice reziliența la dezastru. Această întrebare abordează includerea potențialelor probleme de sănătate în caz de dezastru în analiza urbană de risc, precum și dezvoltarea și planificarea scenariilor.</p> <p>După cum este stabilit și în cadrul EDRM pentru sănătate, astfel de probleme vor include (dar nu se limitează la):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Îngrijirea traumelor și îngrijirea posttraumatică; • Tratamentul și îngrijirea pentru afecțiuni cronice; • Îngrijirea pediatrică și geriatrică; • Bolile cu transmitere hidrică și prin alimente (uneori referitor la sănătatea mediului); • Facilitățile de carantină; • Adăposturile de urgență; • Consecințele sănătății mintale inclusiv doliul și traumele mintale. <p>O altă analiză poate fi impactul dezastrelor asupra gestionării problemelor existente de sănătate publică și modul în care acestea pot, la rândul lor, împiedica recuperarea.</p>
<p>A2.3</p>	<p>Includerea în planificarea dezastrelor a afecțiunilor cronice de sănătate preexistente, inclusiv a bolilor netransmisibile</p>	<p>În ce măsură problemele cronice de sănătate preexistente sunt incluse în scenariile în care dezastrele ar putea să le exacerbeze sau în care acestea ar putea împiedica recuperarea?</p>	<p>5 – Afecțiunile cronice de sănătate sunt revizuite în mod cuprinzător și incluse în definiția și planificarea scenariilor; SAU nici una dintre probleme nu este aplicabilă.</p> <p>4 – În linii mari, afecțiunile cronice de sănătate sunt identificate și incluse în definiția și planificarea scenariilor.</p> <p>3 – Cele mai multe afecțiuni cronice de sănătate aplicabile sunt incluse în definiția sau planificarea scenariului, cu unele lacune.</p> <p>2 – Afecțiunile cronice de sănătate sunt cunoscute, dar nu sunt incluse în definiția și planificarea scenariului.</p> <p>1 – Există lacune majore în identificarea și includerea afecțiunilor cronice de sănătate.</p> <p>0 – Nu există nici o încercare de a identifica sau a lua în considerare afecțiunile cronice de sănătate.</p>	<p>Afecțiunile cronice de sănătate existente într-un domeniu - de exemplu, malnutriția, bolile endemice, cum ar fi malaria sau holera, dependența cronică de droguri sau o mare parte a persoanelor în vârstă - interacționează cu dezastru prin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faptul că agravează impactul acestora; • Impunerea unor sarcini suplimentare asupra efortului de recuperare; • Trecerea unui anumit punct de basculare, creșterea epidemiilor sau transformarea dezastrelor în evenimente propriu-zise (a se vedea 2.1 de mai sus). <p>Acestea ar trebui incluse în evaluările riscurilor.</p>



Esențialul 03: Consolidarea capacității financiare pentru reziliență

Addendum - Integrarea sănătății publice și finanțelor

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A3	Integrarea sănătății publice și finanțelor (Esențialul 3)			
A3.1	Finanțarea pentru aspectele de reziliență din domeniul sănătății publice	În ce măsură sunt identificate și disponibile finanțări pentru a aborda riscurile și impactul dezastrelor asupra sănătății publice?	<p>5 – Finanțarea este identificată și accesibilă pentru a aborda toate implicațiile cunoscute asupra sănătății ale celui mai grav scenariu din Esențialul 2.</p> <p>4 – Finanțarea este identificată și accesibilă pentru a aborda toate implicațiile cunoscute asupra sănătății ale celui mai probabil scenariu din Esențialul 2.</p> <p>3 – Necesitățile de finanțare sunt cunoscute, dar se știe că există unele deficiențe de finanțare. Acestea din urmă sunt abordate în mod activ.</p> <p>2 – Necesitățile nu sunt pe deplin cunoscute și, acolo unde sunt cunoscute, sunt identificate și unele deficiențe. Abordarea lor poate fi sau nu în discuție.</p> <p>1 – Necesitățile de finanțare pentru sănătate au fost evaluate doar în linii generale și este disponibilă doar o cunoaștere generalizată a surselor de finanțare. Acestea din urmă nu au fost examinate.</p> <p>0 – Nu se analizează necesitățile sau sursele de finanțare.</p>	<p>După cum se prevede în Scorecard-ul principal, luarea în considerare a surselor de finanțare ar trebui să includă „dividendele”. Acestea pot fi una dintre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Inbound” - cheltuieli pentru alte lucruri care pot conferi anumite beneficii de sănătate publică / reziliență, de exemplu ridicarea serviciilor spitalicești esențiale deasupra zonelor de inundații, generatoare de rezervă la unitățile de asistență primară sau unde un nou centru comunitar ar putea fi cooptat în calitate de centru de tratament temporar; • Outbound” – cheltuieli pentru articole de sănătate publică / reziliență în care apar și alte beneficii - de exemplu, când îngrijorarea cu privire la boala cu transmisie hidrică duce la modernizarea sau re-amplasarea unei stații de tratare a apei sau căile de transport împotriva inundațiilor permit accesul continuu la consumabilele medicale.



Esențialul 04: Urmărirea dezvoltării urbane reziliente

Addendum – Integrarea sănătății publice și utilizării terenurilor/normelor de construcție

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară indicativă de măsurare	Comentarii
A4	Integrarea sănătății publice și utilizării terenurilor/normelor de construcție (Esențialul 4)			
A4.1	Conformitatea facilităților cheie de sănătate cu zonarea terenurilor reziliente și normele de construcție	În ce măsură unitățile de sănătate cheie sunt localizate și construite într-un mod care le va permite să continue să fie operaționale în urma unui dezastru?	<p>5 – Toate unitățile cheie de sănătate publică (a se vedea în dreapta) se află în locații și în conformitate cu normele care le vor permite să supraviețuiască în „cel mai grav” scenariu de dezastru.</p> <p>4 – Toate unitățile cheie de sănătate publică se află în locații și în conformitate cu normele care le vor permite să supraviețuiască în „cel mai probabil” scenariu de dezastru.</p> <p>3 – Unele unități cheie de sănătate publică nu se află în locații sau nu respectă normele care le vor permite să supraviețuiască în „cel mai probabil” scenariu de dezastru</p> <p>2 – Mai mult de 50% din unitățile cheie de sănătate publică nu se află în locații sau nu se conformează normelor care le vor permite să supraviețuiască în „cel mai probabil” scenariu de dezastru.</p> <p>1 – Mai mult de 75% din unitățile cheie de sănătate publică nu se află în locații sau nu se conformează normelor care le vor permite să supraviețuiască în „cel mai probabil” scenariu de dezastru.</p> <p>0 – Nu a fost făcută nici o evaluare în acest sens.</p>	<p>Esențialul 8 din Scorecard-ul principal se referă la spitale și distribuția de alimente. Utilizatorii pot alege dacă să includă sau nu datele respective în această evaluare. Alte facilități cheie de sănătate publică pot include, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spitalele care nu au fost abordate în cadrul Esențialului 8; • Clinici comunitare, centre de sănătate și instituții de îngrijire, în special cele cu funcție regională (de exemplu, unități de dializă, unități de arsuri); • Farmacii și dispensare; • Centre de hrănire; • Centre de încălzire sau răcire; • Laboratoare sau centre de testare; • Capabilități de izolare; • Case de îngrijire și unități de viață asistată; • Consumabile medicale, precum și facilități de logistică și lanț de aprovizionare; • Facilități de urgență a distribuției alimentelor, care nu sunt abordate în cadrul Esențialului 8; • Aprovizionarea cu energie și apă și căile de acces la oricare dintre cele de mai sus; • Disponibilitatea forței de muncă postdezastru.



Esențialul 05: Salvagardarea amortizoarelor naturale pentru a spori funcțiile de protecție oferite de ecosistemele naturale

Addendum – Gestionarea serviciilor ecosistemice care afectează sănătatea publică

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A5	Gestionarea serviciilor ecosistemice care afectează sănătatea publică (Esențialul 5)			
A5.1	Păstrarea și gestionarea serviciilor ecosistemice care oferă beneficii pentru sănătatea publică	În ce măsură sunt identificate și protejate serviciile ecosistemice care oferă beneficii pentru sănătatea publică?	<p>5 – Toate serviciile ecosistemice relevante sunt identificate, protejate și cunoscute ca fiind înfloritoare.</p> <p>4 – Toate serviciile ecosistemice relevante sunt identificate și, teoretic, protejate, dar nu neapărat la o etapă înfloritoare.</p> <p>3 – Unele, dar nu toate serviciile ecosistemice relevante sunt identificate. Cele identificate sunt protejate, teoretic, dar posibil să nu se afle la o etapă înfloritoare.</p> <p>2 – Lacune larg răspândite în identificarea și protecția serviciilor ecosistemice relevante. Probleme semnificative ale sănătății unora dintre acele servicii ecosistemice care sunt monitorizate.</p> <p>1 – Eforturi rudimentare pentru identificarea și protejarea serviciilor ecosistemice relevante. Probleme larg răspândite în privința stării și sănătății celor identificate.</p> <p>0 – Nici o încercare de a identifica sau proteja serviciile ecosistemice relevante și probabilitate ridicată ca acestea să fie evaluate drept grav degradate dacă ar fi identificate în mod oficial.</p>	<p>Exemple de servicii ecosistemice care oferă beneficii pentru sănătatea publică includ, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtrarea naturală a apei (prin zone umede sau acvifere); • Coroana copacilor care reduce efectul de insulă termică sau reduce poluarea aerului; • Specii care se hrănesc cu țânțari și alți potențiali purtători de boli; • Aprovizionare cu alimente (de exemplu, pește), teren pentru produse nutritive cheie.



Esențialul 06: Consolidarea capacității instituționale pentru reziliență

Addendum – Integrarea sănătății publice și capacității instituționale

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A6	Integrarea sănătății publice și capacității instituționale (Esențialul 6)			
A6.1	Disponibilitatea forței de muncă din domeniul sănătății publice care dețin competențe și abilități relevante pentru reziliența la dezastre	În ce măsură competențele și abilitățile forței de muncă necesare pentru planificarea și întreținerea sistemelor și serviciilor publice de sănătate pentru reziliența la dezastre sunt disponibile pentru oraș?	<p>5 – Toate competențele și abilitățile relevante ale forței de muncă sunt identificate și evaluate ca fiind adecvate pentru planificarea dezastrelor, serviciile de sănătate și recuperarea postdezastru, atât în ceea ce privește profunzimea abilităților, cât și numărul acestora.</p> <p>4 – Toate abilitățile relevante sunt identificate, cât și unele deficiențe minore despre existența cărora se cunoaște în anumite seturi de abilități sau în numărul acestora.</p> <p>3 – Toate abilitățile relevante sunt identificate și se cunoaște despre existența mai multor deficiențe la capitolul profunzime și număr.</p> <p>2 – Identificarea abilităților incomplete și deficiențe semnificative în cele cunoscute, la capitolul profunzime și număr.</p> <p>1 – Încercare rudimentară de identificare a abilităților - deficiențe la capitolul profunzime iar numerele suspectate a fi universale.</p> <p>0 – Nu se acordă atenție acestui subiect.</p>	<p>Esențialul 8 din Scorecard-ul principal se referă la numărul și abilitățile medicilor, asistenților medicali și persoanelor care asigură prima intervenție - utilizatorii pot alege să includă aceste date în această evaluare.</p> <p>După cum s-a stabilit în cadrul EDM pentru sănătate menționat anterior, abilitățile cheie în domeniul sănătății publice includ, dar nu sunt limitate la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medici, asistenți medicali și lucrători în domeniul sănătății care nu au fost abordați în cadrul Esențialului 8; • Persoanele care asigură prima intervenție, care nu au fost abordate în cadrul Esențialului 8; • Alt personal al spitalului sau al unităților medicale; • Îngrijire psihiatrică - medici, asistenți medicali; • Personal care acordă îngrijire la domiciliu; • Farmaciști; • Specialiști în sănătatea mediului (include experți în apă și salubritate, inspectori alimentari și controlul vectorilor); • Epidemiologi; • Personalul de laborator și de testare; • Lucrătorii din lanțul de aprovizionare.

A6.2	Partajarea datelor din sistemul public de sănătate cu alte părți interesate	În ce măsură datele de sănătate publică privind vulnerabilitățile și capacitățile de sănătate, precum și riscurile și avertizarea timpurie a focarelor sunt împărtășite cu alte părți interesate care au nevoie de acestea?	<p>5 – Datele și fluxurile relevante din sănătatea publică sunt identificate; datele de calitate sunt, în mod fiabil distribuite tuturor părților interesate care au nevoie de acestea, inclusiv publicului, după caz.</p> <p>4 – Toate datele cheie și fluxurile de sănătate publică sunt identificate iar datele de calitate sunt distribuite în mod fiabil către majoritatea părților interesate, inclusiv publicului, după caz.</p> <p>3 – Cele mai multe poziții de date și fluxuri sunt identificate și distribuite, dar acestea pot fi de o calitate și fiabilitate mai scăzută pentru un subgrup limitat de părți interesate.</p> <p>2 – Unele poziții de date și fluxuri sunt distribuite uneia sau la două părți interesate; calitatea și fiabilitatea sunt cunoscute ca fiind o problemă.</p> <p>1 – Identificarea și distribuirea datelor rudimentare - haotice și nesigure chiar și atunci când sunt furnizate.</p> <p>0 – Nici un fel de date ale sistemului de sănătate nu sunt identificate sau distribuite.</p>	<p>Datele relevante din acest context ar putea include, dar nu sunt limitate la următoarele exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avertizare și date de supraveghere timpurie a focarelor; • Locația, capacitatea și starea activelor și facilităților de sănătate publică, înainte și postdezastru; • Nivelurile de abilități și numărul de personal disponibil; • Probleme de aprovizionare; • Potențialul impactul al dezastrului - potențiale probleme de sănătate publică, degradarea capabilităților; • Starea, performanța datelor de perspectivă pentru măsurile de răspuns în caz de dezastru și probleme de sănătate publică postdezastru - extinderea bolii (inclusiv bolile cronice, populații care nu primesc îngrijire etc.) <p>Distribuția se poate realiza printr-un punct central, cum ar fi coordonatorul de gestionare a situațiilor de urgență.</p>
A6.2.1	Partajarea altor date cu părțile interesate din sistemul public de sănătate	În ce măsură datele din alte sisteme critice sunt partajate cu părțile interesate din sistemul public de sănătate care au nevoie de acestea?	<p>5 – Sunt identificate datele și fluxurile relevante pentru alte sisteme critice; datele de calitate sunt distribuite în mod fiabil tuturor părților interesate din domeniul sănătății publice care au nevoie de acestea.</p> <p>4 – Toate pozițiile de date și fluxurile cheie sunt identificate, iar datele de calitate sunt distribuite în mod fiabil către majoritatea părților interesate din domeniul sănătății publice.</p> <p>3 – Cele mai multe poziții de date și fluxuri sunt identificate și distribuite, dar acestea pot fi de o calitate și fiabilitate mai redusă pentru un subgrup limitat de părți interesate din domeniul sănătății publice.</p> <p>2 - Unele poziții de date și fluxuri sunt distribuite doar unei părți interesate (sau două) din domeniul sănătății publice; calitatea și fiabilitate cunoscute ca fiind o problemă.</p> <p>1 – Identificarea și distribuirea datelor rudimentare – acestea sunt haotice și nesigure chiar și atunci când sunt furnizate.</p> <p>0 – Nu sunt identificate date critice ale sistemului și nici nu sunt distribuite părților interesate din domeniul sănătății publice.</p>	<p>Datele relevante din acest context ar putea include, dar nu sunt limitate la următoarele exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificări ale scenariilor de risc (Esențialul 2) care afectează sănătatea publică; • Prognoza vremii (de exemplu, fenomene meteorologice) și amploarea, magnitudinea actuală a dezastrului; • Starea altor sisteme critice (de exemplu, aprovizionarea cu energie, alimentarea cu apă, căile de acces) și potențialul impact asupra sănătății publice.

A6.2.2	Protecția și accesul la fișe medicale individuale	<p>În ce măsură, fișele și rețetele medicale ale persoanelor sunt protejate de un dezastru și accesibile în urma unui dezastru?</p>	<p>5 – Toate fișele medicale ale cetățenilor (starea sănătății, rețete medicale) sunt în siguranță și accesibile de către lucrătorii pe cazuri de urgență (de exemplu, cei care oferă asistență medicală în adăposturi, spitale unde oamenii pot fi luați dacă sunt răniți).</p> <p>4 – Fișele medicale ale cetățenilor sunt în mare parte în siguranță și accesibile, cu câteva excepții minore, de exemplu cele ce țin de anumiți specialiști în sănătate sau cele ale unui segment restrâns al populației din suburbii.</p> <p>3 – Fișele medicale sunt în mare parte în siguranță, dar pot să nu fie accesibile din cauza problemelor de comunicare care pot fi anticipate după un dezastru.</p> <p>2 – Lacune mai semnificative în securizarea fișelor medicale.</p> <p>1 – Lacune majore - probabil că datele pentru segmente mari de populație sunt pierdute.</p> <p>0 – Nici o încercare de a asigura siguranța sau accesibilitatea fișelor medicale.</p>	<p>Fișele medicale ale cetățenilor trebuie protejate împotriva pierderii sau deteriorării (în mod ideal, prin sisteme de rezervă în afara zonei și / sau sisteme redundante); și trebuie să fie accesibile după un dezastru în care oamenii pot fi răniți sau în adăposturi fiind îngrijiți de profesioniști care nu sunt familiarizați cu istoricul lor medical. Poate exista o tensiune între sistemele de rezervă în afara zonei și accesibilitatea postdezastru - aceasta implică necesitatea unor comunicații reziliente între locația dezastrului și cea a rezervei.</p> <p>De asemenea, poate exista o tensiune între reglementările care reglementează protecția și divulgarea datelor de sănătate și cerințele de reziliență și răspuns la dezastru. Unele țări (de exemplu, Japonia) soluționează acest aspect cerând oamenilor să păstreze un record card cu autocolante manuale pentru rețete pe care îl prezintă la adăposturi - deși aceste carduri se pot pierde și un astfel de sistem poate necesita inițierea unui statut de abilitare.</p>
---------------	--	---	---	---



Esențialul 07: Înțelegerea și consolidarea capacității sociale pentru reziliență

Addendum – Integrarea sănătății publice și capacității sociale

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A7	Integrarea sănătății publice și capacității sociale (Esențialul 7)			
A7.1	Eficacitatea sistemului de sănătate publică în implicarea comunității în contextul gestionării riscului de dezastru	În ce măsură comunitățile înțeleg și sunt capabile să își îndeplinească rolurile în menținerea nivelului de sănătate publică și bunăstare înainte, în timpul și după un dezastru?	<p>5 – Fiecare comunitate sau vecinătate din oraș înțelege, acceptă și este capabilă să-și îndeplinească rolul înainte, în timpul și după un dezastru, cu o organizație desemnată pentru a conduce această lucrare.</p> <p>4 – 90% din comunități înțeleg, acceptă și sunt capabile să îndeplinească rolul așteptat de la ele.</p> <p>3 – 75% din comunități au o înțelegere largă și sunt capabile să execute elemente cheie ale rolului lor.</p> <p>2 – Jumătate sau mai puțin de jumătate din comunități își înțeleg rolul și în aceste cazuri pot îndeplini doar o parte din acesta.</p> <p>1 – Există doar un nivel rudimentar de înțelegere a comunității urbane cu privire la rolul de sănătate publică și o capacitate foarte mică de a-l îndeplini.</p> <p>0 – Nivelul rolului comunitar nu este definit sau comunicat cu adevărat. Abilitatea de a îndeplini rolul nu este cunoscută.</p>	<p>Rolurile comunității pot include (dar nu sunt limitate la):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea bolilor infecțioase comunitare (detectare, monitorizare și avertizări); • Testarea aerului și a apei (știință cetățenească); • Conștientizare; • Asistența persoanelor cu boli cronice (de exemplu, susținerea furnizării și distribuției de medicamente); • Distribuirea informațiilor privind sănătatea publică; • Distribuirea resurselor (de exemplu, apă îmbuteliată, scutece, pături); • Asistența persoanelor cu dizabilități fizice sau mintale, sprijin pentru persoanele cu vulnerabilități (de exemplu, persoane în vârstă, sărace); • Asistența familiilor care au bebeluși și copii mici; • Comunicarea necesităților către furnizorii de servicii medicale și lucrătorii pe cazuri de urgență. <p>Organizațiile desemnate ar putea fi organizații și rețele comunitare de intervenție în caz de urgență, un spital local sau un cabinet medical dacă există - instruit - un grup religios, școală sau alte grupuri comunitare.</p>

A7.1.2	Accesul și încrederea comunității la informațiile de sănătate publică	În ce măsură comunitățile primesc, respectă și sunt dispuse să acționeze pe baza informațiilor de sănătate publică?	<p>5 – Sfaturile de sănătate publică adresate în cazul dezastrelor anterioare s-au dovedit a fi recepționate, acceptate și puse în practică în mod universal.</p> <p>4 – Se așteaptă ca sfaturile de sănătate publică să fie recepționate, acceptate și puse în practică.</p> <p>3 – Unele comunități sau subgrupuri pot să eșueze la capitolul recepționare, acceptare sau acționare pe baza informațiilor de sănătate publică.</p> <p>2 – Mai mult de 50% din oraș poate să eșueze la capitolul recepționare, acceptare sau acționare pe baza informațiilor importante de sănătate publică după un dezastru.</p> <p>1 – Există o recepționare și acceptare dispersată a informațiilor de sănătate publică.</p> <p>0 – Nici o încercare de a transmite informații de sănătate publică.</p>	<p>Informațiile de sănătate publică includ, dar nu se limitează la următoarele necesități postdezastru:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semnalizare a poluării (de exemplu, notificări de a fierbe apa înainte de a o consuma, notificări de a rămâne în case); • Sfaturi privind urgența igienică și prevenirea bolilor; • Sfaturi privind siguranța alimentară; • Sfaturi cu privire la îngrijirea celor cu condiții mintale sau fizice anterioare; • Sfaturi pentru persoanele cu boli cronice (de exemplu, afecțiuni cardiace, cancer, diabet, afecțiuni respiratorii etc.); • Informații despre focarele de boală, semnele și simptomele bolii, când și unde să solicite îngrijire și tratamente; • Amplasarea unităților de îngrijire medicală de urgență. <p>Publicul ar trebui să fie conștient de ceea ce este sigur și nesigur cu privire la sănătatea publică înainte, în timpul și după un dezastru?</p> <p>Măsurile de siguranță includ (dar nu se limitează la):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hrană (ce să poate de consumat și ce nu se poate); • Apă (potabilă sau nu); • Calitatea aerului sau riscuri la inhalare; • Asigurarea faptului că oamenii sunt conștienți de anumite zone periculoase; • Siguranța re-intrării în clădiri; • Rute sigure de transport; • Alte cerințe comportamentale, cum ar fi măsuri suplimentare de igienă.
A7.2	Abilitatea comunității de a „reveni la normalitate” – sănătatea mintală	În ce măsură sunt abordate necesitățile de sănătate mintală ale comunităților?	<p>5 – Există organizații comunitare, servicii de îngrijire psihosocială, școli, centre de traume psihologice și consilieri care sunt echipați pentru a aborda spectrul complet de sănătate mintală pentru fiecare cartier, indiferent de situație materială, vârstă, demografie etc.</p> <p>4 – >75% din cartiere sunt acoperite. Sunt disponibile grupuri de sprijin comunitar și centre de traume.</p> <p>3 – >50–75% din cartiere sunt acoperite.</p> <p>2 – >25–50% din cartiere sunt acoperite.</p> <p>1 – Există planuri de implicare a cartierelor, dar nu au fost puse în aplicare decât în unul sau două cazuri inițiale.</p> <p>0 – Nici o necesitate de sănătate mintală nu este abordată.</p>	<p>Organizațiile comunitare ar trebui să includă grupuri de sprijin comunitar pentru un dezastru. Primul ajutor psihosocial, centrele de traume psihologice și consilierii ar trebui să fie luați în considerare pentru a aborda efectele psihologice, inclusiv tulburările de stres post-traumatic (PTSD) și dolii.</p> <p>Esențialul 10 abordează, de asemenea, efectele psihologice pe termen lung ale populațiilor afectate și ale respondenților.</p>



Esențialul 08: Creșterea rezilienței infrastructurii

Addendum – Integrarea sănătății publice și rezilienței infrastructurii

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A8	Integrarea sănătății publice și rezilienței infrastructurii (Esențialul 8)			
A8.1	Consolidarea siguranței structurale și nestructurale și funcționalității elementelor de infrastructură a sistemului de sănătate publică care nu sunt luate în considerare în Esențialul 8	În ce măsură infrastructura sistemului de sănătate publică (în afară de spitale) este rezilientă?	<p>5 – Toată infrastructura sistemului de sănătate publică - inclusiv serviciile de care acesta depinde - sunt evaluate drept capabile să facă față „celui mai grav” scenariu cu pierderi minime de serviciu.</p> <p>4 – Toată infrastructura sistemului de sănătate publică - inclusiv serviciile de care acesta depinde - sunt evaluate drept capabile să facă față „celui mai probabil” scenariu cu pierderi minime de serviciu.</p> <p>3 – Infrastructura sistemului de sănătate publică ar fi întreruptă în mod semnificativ în cazul „celui mai grav” scenariu, dar unele servicii ar continua pentru 75% din populația orașului. Cu toate acestea, ar atenua în mare parte „cel mai probabil” scenariu.</p> <p>2 – Infrastructura sistemului de sănătate publică ar fi perturbată semnificativ în cazul „celui mai probabil” scenariu, dar unele servicii ar continua pentru 75% din populația orașului; și 50% în cazul „celui mai grav” scenariu.</p> <p>1 – Infrastructura sistemului de sănătate publică ar fi întreruptă sau închisă în mod semnificativ pentru 50% din populația orașului sau chiar mai mult. Ar înceta efectiv să funcționeze în cazul „celui mai grav” scenariu.</p> <p>0 – Nu există nici o infrastructură a sistemului de sănătate publică în afară de spitale.</p>	<p>Esențialul 8 din principalul Scorecard se referă la spitale și distribuția de alimente. Utilizatorii pot alege dacă doresc să includă datele respective în evaluarea aceasta. Alte facilități cheie de sănătate publică pot include, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spitalele care nu au fost abordate în baza Esențialului 8; • Clinici comunitare, centre de sănătate și instituții de îngrijire medicală, în special cele cu funcție regională (de exemplu, unități de dializă, unități de arsuri); • Farmacii și dispensare; • Centre de hrănire; • Centre de încălzire sau răcire; • Laboratoare sau centre de testare; • Capabilități de izolare; • Case de îngrijire și unități de viață asistată; • Consumabile medicale, precum și facilități de logistică și lanț de aprovizionare; • Facilități de urgență a distribuției alimentelor, care nu sunt abordate în cadrul Esențialului 8; • Protecția și controlul infecțiilor în unitățile sanitare; • Disponibilitatea forței de muncă postdezastru. <p>Evaluarea trebuie să ia în considerare reziliența instalațiilor de îngrijire medicală în fața pierderilor infrastructurii de sprijin cheie, cum ar fi comunicațiile, energia, apa și canalizarea, transportul, combustibilul, legea și ordinea etc.</p>

<p>A8.2</p>	<p>Capacitatea de intervenție rapidă pentru infrastructura sistemului de sănătate publică, acolo unde nu este luată în considerare în cadrul Esențialului 8</p>	<p>În ce măsură spitalele și centrele de urgență sunt capabile să gestioneze un aflus brusc de pacienți?</p>	<p>5 – Capacitatea de intervenție rapidă există pentru a face față necesităților suplimentare legate de sănătate care pot apărea în cadrul „celui mai grav” scenariu și este testată fie prin evenimente reale, fie prin exerciții practice - poate fi activată în decurs de 6 ore.</p> <p>4 – Capacitatea de intervenție rapidă există pentru a face față necesităților suplimentare legate de sănătate care pot apărea în cadrul „celui mai probabil” scenariu și este testată fie prin evenimente reale, fie prin exerciții practice - poate fi activată în decurs de 6 ore.</p> <p>3 – Capacitatea de intervenție rapidă există, dar se știe sau se suspectează că are insuficiențe minore în raport cu „cel mai probabil” scenariu - poate fi activată în decurs de 6 ore. În cazul „celui mai grav” scenariu, are deficiențe mai semnificative în acoperirea geografică sau tipul de serviciu disponibil și poate fi activată doar în decurs de 12 ore sau mai mult.</p> <p>2 – Capacitatea de intervenție rapidă există, dar se știe că are deficiențe mai semnificative în ceea ce privește acoperirea geografică sau tipul de serviciu disponibil și poate fi activată doar în decurs de 12 ore sau mai mult. Capacitatea de intervenție rapidă nu a fost niciodată evaluată pentru „cel mai grav” scenariu.</p> <p>1 – Capacitatea de intervenție rapidă este teoretic disponibilă, dar nu a fost niciodată evaluată sau testată pentru „cel mai probabil” scenariu.</p> <p>0 – Nu a fost identificată nici o capacitate de intervenție rapidă.</p>	<p>Capacitatea de intervenție rapidă ar trebui construită pe sistemele de gestionare a accidentelor în masă, inclusiv rolul instituțiilor de sănătate. Această evaluare trebuie să decurgă împreună cu pierderea estimată a zilelor critice de internare și cu consumul medical estimat de urgență pentru îngrijirea traumelor și a persoanelor cu boli cronice.</p> <p>Această evaluare ar trebui să ia în considerare capacitatea personalului-cheie medical și al sănătății de a accesa facilități critice de sănătate pentru a răspunde necesităților de sănătate ca răspuns la dezastre.</p> <p>Capacitatea necesară poate fi realizată prin acorduri de aranjamente reciproce de ajutor cu oferirea facilităților din zonele învecinate - dar va fi important să se asigure că rutele de transport vor rămâne deschise pentru a permite accesarea acelor facilități.</p> <p>Capacitatea de intervenție rapidă include personalul de sănătate și alt personal, facilități, bunuri și consumabile (de exemplu, echipament de protecție individuală) și sprijin din partea altor infrastructuri pentru a susține sectorul sănătății.</p>
--------------------	--	--	---	---

A8.3	Continuitatea îngrijirii celor deja bolnavi, cei ce nu sunt luați în considerare în Esențialul 8.	<p>În ce măsură se poate menține îngrijirea celor care sunt deja bolnavi sau dependenți?</p>	<p>5 – Îngrijirea ar putea fi menținută în „cel mai grav” scenariu pentru toate categoriile de pacienți existenți. Dacă pacienții trebuie mutați, se știe că facilitățile și rutele de transport au capacitatea și reziliența necesară.</p> <p>4 – Îngrijirea ar putea fi menținută în „cel mai probabil” scenariu pentru toate categoriile de pacienți existenți. Dacă pacienții trebuie mutați, se știe că facilitățile și rutele de transport au capacitatea și reziliența necesară.</p> <p>3 – Unele efecte ale „celui mai probabil” scenariu ar putea apărea asupra îngrijirii unor categorii specifice de pacienți. Deplasarea unor pacienți ar putea fi problematică. Consecințe mai grave în cazul „celui mai grav” scenariu ar putea apărea asupra îngrijirii unor categorii specifice de pacienți. Deplasarea multor pacienți ar putea fi problematică.</p> <p>2 – Impacturi mai răspândite în cazul „celui mai probabil” scenariu asupra îngrijirii unor categorii specifice de pacienți. Deplasarea multor pacienți care ar putea fi problematică. Impacturi grave în cazul „celui mai grav” scenariu asupra îngrijirii aproape a tuturor pacienților existenți, iar deplasarea ar putea fi posibilă doar în majoritatea cazurilor urgente.</p> <p>1 – Impacturi grave în cazul „celui mai probabil” scenariu, asupra îngrijirii aproape a tuturor pacienților existenți, deplasarea fiind posibilă doar în majoritatea cazurilor urgente. În „cel mai grav” scenariu, îngrijirea pacienților existenți ar eșua complet.</p> <p>0 – Îngrijirea pacienților existenți ar eșua în totalmente sau aproape în totalmente în cazul „celui mai probabil” scenariu.</p>	<p>Această evaluare trebuie să fie efectuată împreună cu evaluarea estimării pierderilor în zilele critice de internare și a estimării consumurilor medicale urgente.</p>
-------------	--	--	--	---



Esențialul 09: Asigurarea răspunsului eficient la dezastru

Addendum – Integrarea sănătății publice și răspunsului în caz de dezastre

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A9	Integrarea sănătății publice și răspunsului în caz de dezastre (Esențialul 9)			
A9.1	Sisteme de avertizare timpurie pentru situații de urgență legate de sănătate	În ce măsură există sisteme de avertizare timpurie pentru situații de urgență iminente care au efecte potențiale asupra sănătății?	<p>5 – Există o monitorizare cuprinzătoare și eficientă care va oferi avertizări timpurii eficiente pentru a aborda riscurile și impactul asupra sănătății pentru toate pericolele cu care se confruntă un oraș. Acestea vor permite timp pentru reacție (în măsura în care tehnologia permite). Avertismentele sunt considerate a fi fiabile și specifice orașului.</p> <p>4 – Există monitorizare cuprinzătoare chiar dacă nu este pe deplin eficientă în toate cazurile. Avertismentele există, dar timpul de avertizare poate fi mai mic decât tehnologia permite în prezent. Avertismentele sunt considerate a fi fiabile și specifice.</p> <p>3 – Există monitorizarea pentru cele mai probabile riscuri de sănătate și aceasta este în general eficientă, dar unul sau mai multe riscuri cheie nu sunt acoperite. Unele pericole sunt excluse, iar timpul de avertizare poate fi mai mic decât permite tehnologia.</p> <p>2 – Există o anumită monitorizare, dar aceasta are lacune semnificative. Timpul de avertizare este mai mic decât permite tehnologia și pot exista, de asemenea, unele pozitive false: fiabilitatea avertismentelor poate fi deci percepută ca fiind discutabilă.</p> <p>1 – Monitorizarea este în cel mai bun caz rudimentară și nu poate emite avertismente. Avertismentele sunt considerate ad-hoc și nesigure. Probabil să fie ignorate.</p> <p>0 – Nu există monitorizare sau avertismente.</p>	

A9.2	Integrarea sănătății publice cu gestionarea situațiilor de urgență	În ce măsură sectorul sănătății publice și profesioniștii sunt integrați cu echipa de gestionare a situațiilor de urgență?	<p>5 – Sectorul sănătății publice este pe deplin reprezentat și implicat în echipa de gestionare a situațiilor de urgență și integrat în toate deciziile de urgență. Implicarea a fost testată prin exerciții (în ultimul an) sau prin răspuns live.</p> <p>4 – Sănătatea publică este integrată, dar prin comunicare la distanță (telefon, mesagerie). Implicarea a fost testată, dar probabil mai mult de 12 luni în urmă.</p> <p>3 – Sănătatea publică este reprezentată, dar implicarea nu a fost testată în ultimii 3 ani; sau reprezentată, dar unele discipline cheie sunt omise.</p> <p>2 – Procesele de gestionare a dezastrelor prevăd consultarea sănătății publice, dar în urma evenimentelor, nu și în timp ce au loc. Fără testarea proceselor.</p> <p>1 – Gestionarea dezastrelor se bazează pe apeluri telefonice ad hoc către profesioniști și instituții din domeniul sănătății publice.</p> <p>0 – Sănătatea publică este complet străină de gestionarea dezastrelor.</p>	Această evaluare acoperă calitatea și profunzimea aranjamentelor de lucru dintre sectorul sănătății, profesioniștii din domeniul sănătății publice (definiți mai devreme) și alți respondenți de urgență în planificarea și gestionarea dezastrelor, inclusiv a răspunsului.
A9.3	Luarea în considerare a populațiilor cu risc sporit sau a celor care trăiesc acasă cu afecțiuni preexistente	În ce măsură sunt luate în considerare necesitățile populației cu risc sporit, cum ar fi cetățenii cu afecțiuni medicale preexistente, dizabilități sau pierderea funcției, lucru care ar însemna că ei necesită sprijin suplimentar?	<p>5 – Toți cetățenii care au nevoie de sprijin suplimentar îl primesc; măsuri specifice la nivel de oraș sunt identificate și există dispoziții care ar putea să ajute aceste persoane.</p> <p>4 – 95% dintre cetățenii ar putea beneficia de sprijin suplimentar sau măsuri specifice la nivel de oraș sunt identificate și există dispoziții care să îi ajute.</p> <p>3 – 75% dintre cetățenii ar putea beneficia de sprijin suplimentar sau măsuri specifice la nivel de oraș sunt identificate și există dispoziții care să îi ajute.</p> <p>2 – 50% dintre cetățenii ar putea beneficia de sprijin suplimentar și sunt identificate măsuri specifice la nivel de oraș dar nu există dispoziții care să-i ajute pe toți.</p> <p>1 – Mai puțin de 50% dintre cetățeni ar putea beneficia de sprijin suplimentar; măsuri specifice sunt identificate și există lacune pe scară largă în dispozițiile care ar trebui să îi ajute.</p> <p>0 – Nici o dispoziție care să identifice sau să furnizeze sprijin suplimentar sau măsuri specifice cetățenilor care necesită ajutor suplimentar.</p>	<p>Persoanele care vor necesita sprijin suplimentar sau măsuri specifice vor include, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copii, vârstnici și îngrijitorii acestora; • Persoanele cu dizabilități și pierderea funcțiilor, cum ar fi mobilitate redusă; • Pacienți cu afecțiuni medicale multiple, pacienți cu dializă sau alți pacienți cu echipament important de sănătate la domiciliu; • Cei (de exemplu cu diabet sau astmă) care necesită medicamente suplimentare; • Cei cu nevoi temporare de sănătate, cum ar fi graviditate; • Cei cu boli mintale sau dizabilități.

<p>A9.4</p>	<p>Abilitatea de a livra materiale de sănătate publică persoanelor care au nevoie</p>	<p>În ce măsură orașul poate furniza articole și echipamente necesare pentru menținerea sănătății publice în timpul și după un dezastru.</p>	<p>5 – Există o listă cuprinzătoare a articolelor necesare și se știe că planurile testate sunt adecvate pentru a le livra rapid către întreaga populație.</p> <p>4 – Există o listă, dar posibil să nu fie cuprinzătoare, iar planurile posibil să nu fie testate sau pe deplin adecvate pentru întregul oraș.</p> <p>3 – Există o listă, iar elementele cheie vor fi disponibile pentru 75% din populație.</p> <p>2 – Nu există o listă, ci stocuri și provizii în cazul unor articole. Capacitatea de distribuție poate ajunge la 50% din populație.</p> <p>1 – Există unele stocuri de elemente cheie, dar nu există nici o încercare de a le planifica, iar mecanismul de distribuție este puțin probabil să aibă succes, chiar dacă există.</p> <p>0 – Nici o încercare de a aborda această problemă.</p>	<p>Proviziile gestionării situațiilor de urgență către comunități, case și locuri de adăpost va include, dar nu se limitează la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistem de alimentare redundant sau lanț rece pentru stocarea consumabilelor sensibile la temperatură; • Materiale de prim ajutor și controlul infecțiilor; • Apă și tablete purificatoare de apă și echipament; • Materiale de igienă și igienizare; • Necesitățile bebelușilor; • Medicamente obișnuite și echipamente medicale la domiciliu în formulări și dimensiuni adecvate pentru fiecare segment al comunității; • Echipament individual de protecție (EIP); • Hrană adecvată culturii și vârstei. <p>În unele țări, ministerele sănătății și agențiile de gestionare a situațiilor de urgență vor specifica liste cu astfel de elemente.</p>
--------------------	--	--	---	---



Esențialul 10: Accelerarea recuperării și reconstruirii de o calitate mai bună

Addendum – Integrarea sănătății publice și recuperarea/construirea mai bună

Ref	Subiect / Problemă	Întrebare / Domeniul de evaluare	Scară <i>indicativă</i> de măsurare	Comentarii
A10	Integrarea sănătății publice și recuperarea/construirea mai bună (Esențialul 10)			
A10.1	Atenuarea consecințelor pe termen lung asupra sănătății și bunăstării publice	În ce măsură există planuri cuprinzătoare de sănătate publică post eveniment?	<p>5 – Există planuri cuprinzătoare care abordează nevoile de sănătate publică pe termen mai lung în urma „celui mai probabil” și „celui mai grav” scenariu.</p> <p>4 – Există planuri cuprinzătoare care abordează nevoile de sănătate publică pe termen mai lung ca urmare a „celui mai probabil” scenariu.</p> <p>3 – Există planuri ulterioare „celui mai probabil” eveniment, dar cu unele deficiențe. Deficiențe mai semnificative sunt prezente în cazul „celui mai grav” scenariu.</p> <p>2 – Există planuri ulterioare „celui mai probabil” scenariu, dar cu deficiențe mai semnificative. Neadecvare generalizată prezentă în cazul „celui mai grav” scenariu.</p> <p>1 – Există planuri ulterioare „celui mai probabil” scenariu, dar cu inadecvare generalizată.</p> <p>0 – Nici un plan.</p>	<p>Planul ulterior cuprinzător de sănătate publică trebuie să includă (nu o listă exhaustivă):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impactul dezastrului asupra bolilor netransmisibile; • Un plan pe termen lung care să abordeze nevoile psihosociale ale populațiilor afectate și ale respondenților; • Servicii de reabilitare; • Restabilirea serviciilor de sănătate și a siguranței mediului la nivelurile anterioare evenimentelor și reducerea riscurilor evenimentelor viitoare; • Menținerea serviciilor de sănătate de rutină, cum ar fi imunizarea (adesea problematică cu întreruperea lanțului rece); • Depozitarea și distribuția medicamentelor; • Distribuția alimentelor; • Gestionarea apei; • Nevoile forței de muncă.

A10.2	Învățare și îmbunătățire	În ce măsură există un mecanism oficial pentru a învăța din performanța sistemului de sănătate publică înainte, în timpul și după dezastre?	<p>5 – Există un mecanism de învățare definit care integrează sănătatea publică cu alte lecții și a fost utilizat cu rezultate demonstrabile.</p> <p>4 – Există un mecanism de învățare definit care integrează sănătatea publică cu alte lecții, dar care nu a fost încă folosit - nu au fost dezastre.</p> <p>3 – Învățarea va avea loc printr-un mecanism de analiză a sănătății publice, dar este doar unilateral sau bilateral - lecțiile rămân izolate în cadrul funcțional de sănătate publică și nu există nici o încercare de a integra învățarea legată de sănătate publică cu alte discipline din oraș. La fel, sănătatea publică nu reușește să influențeze învățarea din alte servicii.</p> <p>2 – Nu există un mecanism definit, dar au fost utilizate exerciții de învățare ad-hoc sau astfel de exerciții pot fi în timpul viitoarelor dezastre.</p> <p>1 – Încercări izolate și trecătoare de învățare și îmbunătățire au existat în trecut sau pot apărea în viitor.</p> <p>0 – Nici o încercare de a învăța și de a îmbunătăți ceva.</p>	
-------	---------------------------------	---	---	--