



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'infermiere delle cure domiciliari a supporto
della popolazione fragile durante una
maxiemergenza: studio osservazionale sulle
conoscenze e percezioni**

Relatore: Dott.ssa
PAOLA GRACIOTTI

Tesi di Laurea di:
GAIA PALMIERI

Correlatore: Dott.ssa
ANNA RITA LAMPISTI

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 PRESUPPOSTI TEORICI	
1. La Maxiemergenza	4
1.1 Definizione e classificazione delle catastrofi	4
1.1. Fasi di un'emergenza sanitaria	7
1.2. Protezione civile	9
2. Assistenza Domiciliare Integrata	11
2.1. L'infermiere domiciliare	12
2.2. Discontinuità assistenziale per i pazienti in carico alle cure domiciliari	13
3. La Scheda di Valutazione delle Esigenze Immediate (SVEI)	14
2.3.1 Direttiva n.67 20-03-2019: Coinvolgimento degli infermieri ADI	14
3.1. Marche per la gestione delle grandi emergenze sanitarie	17
4. Esperienze internazionali	18
4.1. Strategie di preparazione e prevenzione	18
4.2. Strumento Seniors Without Families Team (SWiFT)	22
4.3. American Medical Association best practices	23
CAPITOLO 2 MATERIALI E METODI	
1. Disegno dello studio	25
2. Campione e setting dello studio	25
3. Metodo e attività di raccolta dati	26
3.1 Struttura del questionario	26

4. Analisi dei dati 27

5. Fonte rilevazione dati 27

CAPITOLO 3 RISULTATI

1. Caratteristiche del campione 28

2. Infermiere Assistenza Domiciliare Integrata in Emergenza 34

3. Preparazione del Distretto 36

4. Formazione dell'infermiere addetto alle cure domiciliari in emergenza 44

CAPITOLO 4 DISCUSSIONE

1. Discussione dei risultati 60

2. Limiti dello studio 65

CAPITOLO 5 CONCLUSIONI

1. Conclusioni 66

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – SCHEDE SVEI

ALLEGATO 2 – SCHEDE SWiFT

ALLEGATO 3 - QUESTIONARIO

INTRODUZIONE

Il termine “catastrofe” indica un brutale capovolgimento di un sistema, in genere irreversibile, che può determinare un collasso. Data la sua potenzialità è importante coordinare una risposta organizzata nel territorio ove si presenteranno inevitabilmente delle difficoltà. L’evento catastrofico può essere paragonato ad una bilancia, in cui si ristabilisce un equilibrio tanto rapidamente quanto il sistema dei soccorsi risulta efficiente in caso di calamità (Marotta & Zirilli, 2015). Le catastrofi hanno impatti diretti e indiretti sulla salute fisica e mentale che possono manifestarsi nei periodi successivi al disastro a breve, medio e lungo termine. Gli effetti indiretti si verificano attraverso l’interruzione dell’accesso a beni e servizi a sostegno della salute e il deterioramento delle condizioni di vita immediatamente dopo un disastro e, in alcuni casi, per periodi di tempo prolungati. È chiaro che questi effetti sono peggiori in particolare per le popolazioni vulnerabili. Nella fase di risposta alle catastrofi, una maggiore domanda dei servizi di assistenza primaria può essere associata, alla necessità di una gestione delle malattie croniche. Quest’ultime sono esacerbate dalle condizioni durante il periodo di recupero precoce come mancanza di cibo nutriente, accesso impedito ai farmaci, stress e mancanza di assistenza. La morbilità e la mortalità prevenibili si verificano quando i sistemi sanitari in crisi non sono in grado di far fronte a questo aumento secondario o quando i membri della comunità non possono accedere ai servizi di assistenza primaria. L’interruzione dei servizi sociali che assicurano l’accesso delle popolazioni vulnerabili alle risorse per la gestione delle malattie contribuisce ulteriormente a esiti negativi per la salute. Mentre la comunità passa al recupero, le popolazioni vulnerabili fanno più difficoltà mostrando complicazioni e peggioramento dello stato di salute a causa di ritardi nella ricezione di assistenza e scarsità di cure. Queste popolazioni hanno un rischio maggiore di esiti negativi dopo un disastro, compresa la mortalità, e potrebbero richiedere più tempo e sforzi per riprendersi. Prima di un disastro, gli sforzi di prevenzione e mitigazione devono mirare ad eliminare o ridurre la probabilità che si verifichi un evento pericoloso o a ridurre il danno causato dall’evento stesso. Gli interventi intrapresi in anticipo, come la pianificazione della risposta pre-evento e la costruzione di un sistema di risposta efficace, sono strategie in grado di limitare i danni causati da calamità che si verificano e accelerano il processo di recupero (Committee on

Post-Disaster Recovery of a Community's Public Health Medical and Social Services, Board on Health Sciences Policy & Institute of Medicine, 2015). I Distretti Sanitari forniscono un servizio chiamato Assistenza Domiciliare Integrata il quale somministra cure sociosanitarie direttamente sul territorio rivolte ad una popolazione con vulnerabilità a causa di condizioni croniche, limitazioni fisiche e psicologiche molti dei quali costretti a rimanere nel proprio domicilio. Date le loro caratteristiche ed esigenze, questi pazienti possono essere maggiormente a rischio durante le catastrofi e potrebbero non essere adeguatamente preparati a reagire. I Distretti Sanitari e gli Infermieri che vi operano sono in una posizione vantaggiosa per affrontare la preparazione e la tutela del paziente in quanto possono essere una delle poche risorse esterne che mantiene un contatto regolare con questa popolazione a rischio. Oltre agli sforzi per valutare e preparare il paziente, i Distretti devono anche essere preparati a rispondere in caso di catastrofi, attraverso dei piani d'emergenza (Daugherty, Eiring, Blake & Howard, 2012). La scelta dell'argomento è legata all'esperienza del terremoto del Centro Italia vissuta personalmente, in quanto nelle Marche, non ci sono state vittime, ma la regione ha dovuto affrontare l'emergenza con un numero alto di persone sfollate, dove la maggior parte presentava delle vulnerabilità. Il terremoto ha inevitabilmente coinvolto i servizi sanitari del territorio causando un'interruzione delle cure domiciliari necessarie per i pazienti in carico. La regione Marche, dopo l'esperienza del terremoto del 2016, insieme alla protezione civile, si è attivata immediatamente e ha messo in pratica i principi della preparazione (preparadness), sviluppando nel 2018, le linee di indirizzo dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) per la gestione delle grandi emergenze sanitarie. Un documento in grado di fornire direttive e con lo scopo di coinvolgere tutti i settori del sistema sanitario regionale: l'area ospedaliera, l'area di emergenza territoriale, il dipartimento di prevenzione, il dipartimento di salute mentale a supporto psicologico ed infine l'area territoriale. Un sistema coalizzato, con linee di indirizzo univoche per rispondere efficacemente ad un'emergenza di tali dimensioni, mettendo in prima linea il bene della comunità, soprattutto includendo i soggetti con specifiche esigenze. Un esempio che ci dimostra quanto sia importante cercare di modificare e aggiornare il proprio sistema sanitario per migliorare la risposta nella fase di recupero al presentarsi di un fenomeno

potenzialmente catastrofico. A tal proposito nasce uno degli obiettivi dello studio: conoscere il livello di preparazione e pianificazione dei Distretti in tutto il territorio Nazionale, nel momento in cui si presenta un disastro. La funzionalità del sistema stesso viene garantito dagli attori che ne fanno parte, per cui è altresì importante che i professionisti vengano aggiornati, continuamente formati e che siano a conoscenza delle proprie competenze e dei nuovi compiti assegnati, a maggior ragione coloro che operano nel territorio. Per poter coinvolgere gli Infermieri del territorio, la direttiva del presidente del consiglio: “Impiego dei medici delle Aziende Sanitarie Locali nei Centri operativi comunali ed intercomunali, degli infermieri ASL per l’assistenza alla popolazione e la Scheda di Valutazione delle Esigenze Immediate (SVEI) per la valutazione delle esigenze immediate della popolazione assistita” da disposizioni di come gli Infermieri delle cure domiciliari che prestano servizio nei Distretti debbano agire nel momento in cui si verificano determinati eventi. Data la direttiva, nasce un ulteriore obiettivo, direi il principale dell’indagine: a distanza di circa un anno dalla pubblicazione della normativa n.67 del 20-03-2019 conoscere il livello di competenza, preparazione, consapevolezza e le percezioni degli Infermieri ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) in merito ai loro nuovi compiti rivolti alla popolazione con specifiche necessità, di cui sono esperti. Per raggiungere gli obiettivi prefissati è stato costruito un questionario ad hoc in grado di raccogliere le risposte da parte dei professionisti oggetto di studio. In alcune domande del questionario sono stati aggiunti dei collegamenti ipertestuali in riferimento alle normative e alla letteratura, per contribuire a divulgare il più possibile le direttive sopracitate di cui gli infermieri ADI sono responsabili, aumentandone la conoscenza e la consapevolezza del loro contributo in caso di un evento calamitoso.

CAPITOLO 1 PRESUPPOSTI TEORICI

1. Maxiemergenza

1.1 Definizione e classificazione delle catastrofi

Nel linguaggio quotidiano il termine “catastrofe” ricorre a definire con maggior frequenza gravi eventi dannosi e sono utilizzati per descrivere una situazione rapida, che produce conseguenze alla comunità la quale necessita di un’immediata risposta d’azione. Nella maggior parte si trattano di eventi improvvisi e imprevedibili, di origine naturale, pertanto si presentano con un brevissimo preavviso o in alcuni casi senza. Sono in grado di provocare danni di vaste proporzioni a numerose vittime, non solo feriti e morti, ma anche tutti coloro che sono stati in qualche maniera colpiti nella salute mentale, negli affetti o economicamente. Non va dimenticata la possibilità che un evento traumatizzante possa dare luogo a sequele psichiche, anche in assenza di azioni lesive di natura fisica (Marotta & Zirilli, 2015). La Strategia internazionale delle Nazioni Unite per la riduzione delle catastrofi (UNDRR) definisce il disastro come: “Una grave interruzione del funzionamento di una comunità o di una società a causa di eventi pericolosi i quali interagiscono con condizioni di esposizione, vulnerabilità e capacità della comunità stessa e provocando perdite e impatti umani, materiali, economici e ambientali” (UNDRR, n.d.). Un evento potenzialmente catastrofico, si classifica per la natura e gravità.

Natura dell’evento

La classificazione più importante è basata sui fattori scatenanti, permettendo di valutarne il rischio evolutivo, cioè la probabilità che l’evento possa ripresentarsi e provocare danni alle cose o alle persone.

- Catastrofi naturali: si verificano naturalmente, sono prevedibili in una certa misura, ma non sono prevenibili sebbene i loro impatti possano essere gestiti preventivamente per ridurre le conseguenze.

Fenomeni geologici (terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, caduti di meteoriti e asteroidi); Eventi meteorologici (piogge estese, siccità, trombe d'aria, uragani, neve,

ghiaccio, grandine, nebbia); Fenomeni idreologici (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe, slavine); Varie (epidemie animali).

- Catastrofi tecnologiche o antropiche: sono atti di esseri umani che derivano da malfunzionamenti della tecnologia progettata dall'uomo, errore umano, fallimento normativo o carenze gestionali.

Collasso dei sistemi tecnologici (black-out elettrico o informatico, interruzione rifornimento idrico o condotte di gas o oleodotti); Incidenti nei trasporti (aerei, ferroviari, di navigazione, stradali, rilascio di sostanze tossiche o radioattive); Incidenti rilevanti in attività industriali (incendio, esplosione, rilascio di sostanze inquinanti o tossiche, rilascio di radioattività); Varie: crollo di immobili civili o pubblici;

- Catastrofi conflittuali e sociologiche: atti terroristici, sommosse, conflitti armati, uso di armi chimiche, uso di armi biologiche, epidemie, carestie, migrazione forzata di popolazione, incidenti durante spettacoli pubblici.

Gravità

Un'altra classificazione è basata sulla gravità causata dell'evento, ovvero l'impatto che quest'ultimo può avere sul sistema, distinguendo 3 categorie:

- Maxi emergenza: Si intende qualsiasi evento che comprende un certo numero di vittime tale da compromettere i servizi sanitari e di soccorso ma comunque un evento gestibile da strutture locali predisposte al trattamento delle emergenze. Produce di conseguenza una sproporzione tra richieste di soccorso e risorse disponibili, destinata a perdurare meno di 12 ore;

- Disastro: Evento dove le risorse disponibili sono insufficienti, in relazione alle esigenze del soccorso immediato e dove la severità è così elevata che la normale qualità dei servizi sanitari non può essere mantenuta a lungo, nonostante l'adozione di misure adeguate;

- Emergenza complessa: crisi umanitaria in uno stato, nazione o società dove vi è la totale o considerevole perdita dell'autorità, dovuta a conflitti interni od esterni e che richiede un

intervento internazionale che supera il mandato o la capacità di ogni singolo Ente e/o del programma nazionale delle Nazioni Unite vigente.



Figura.1 Scala di gravità degli eventi.

Mentre alcuni eventi come le maxi-emergenze si risolvono solitamente nel giro di 12-24 ore e colpiscono una parte limitata di popolazione e territorio, lasciando per lo più intatto il sistema sociale dei servizi e dei soccorsi (es. maxi incidente in autostrada, deragliamento treno, ecc.), altre, come le calamità naturali, colpiscono una vasta area di territorio e di popolazione, e la durata dell'intervento di assistenza è solitamente superiore alle 24 ore, con la necessità quindi di provvedere alla turnazione del personale di soccorso, al vitto e all'alloggio dei soccorritori e della popolazione accolta in eventuali strutture di ricovero. Inoltre, anche le strutture di soccorso (ospedali, sedi di ambulanze, Vigili del Fuoco, etc.) e sociali possono essere state danneggiate dall'evento calamitoso (De Boer, 1990).

1.2 Fasi dell'emergenza sanitaria

Per migliorare la risposta ad un evento di questa natura, abbiamo bisogno di intervenire prima che il fenomeno si verifichi, rinforzando la capacità e la consapevolezza di una comunità a saper rispondere prontamente e correttamente ad un fenomeno, migliorando l'efficacia dei soccorsi e utilizzando la giusta pianificazione in base alle circostanze.



Figura.2 Il ciclo di gestione dell'emergenza/disastro

- Fase pre-disastro: Si tratta di una condizione delicata e accurata, prevede la previsione, prevenzione, la pianificazione dei soccorsi, l'allocazione delle risorse e soprattutto, la formazione del personale. La previsione riguarda l'analisi dei rischi esistenti sul proprio territorio di competenza, della probabilità del verificarsi di questi rischi, e lo studio della stima dei danni che ne possono derivare. Tale attività comprende l'analisi del territorio, degli insediamenti, della storicità degli eventi calamitosi verificatisi, ricordando che in quelli di origine naturale possono ripresentarsi. Mentre la prevenzione è lo studio e attuazione di strategie che hanno lo scopo di abbassare il livello di rischio esistente mediante la messa in atto di azioni atte a ridurre il livello di pericolosità di un evento e azioni atte a mitigare i danni che l'evento provocherà al suo scatenarsi. Tanto maggiore sarà la cura di questa prima fase, tanto più sarà possibile operare con la massima efficienza

ed efficacia. La preparazione dei sistemi sanitari è essenziale e possibile, al fine di mitigare gli impatti negativi sulla salute e sarà necessaria, all'interno della comunità, un'ottimale organizzazione del sistema attraverso l'allestimento, prima che i disastri si verifichino (preparedness), di piani di intervento da rendere operativi nell'emergenza e nel post-emergenza. Ci sono anche aspetti medico-legali da considerare, ad esempio, nel predisporre un piano di emergenza intraospedaliero, si deve tener conto dei pazienti non autosufficienti che possono essere penalizzati da procedure di evacuazione che non prevedano il supporto da parte del personale sanitario. Allo stesso modo, un sistema di soccorso extra-ospedaliero che non preveda un preciso programma di formazione per il personale, comporta una grave responsabilità etica e giuridica, poiché una insufficiente preparazione sottopone a maggior rischio non solo le vittime, ma anche gli operatori stessi. Parte essenziale di questi piani, in questa fase sono i sistemi di monitoraggio della salute, di educazione alla popolazione, di creazione della consapevolezza e di comunicazione del rischio. Va evidenziato che gli operatori sono sempre più impegnati in contesti di interculturalità, sia per le differenti collocazioni geografiche in cui potrebbero agire, sia per la presenza sullo stesso suolo nazionale di popolazione con differente etnia, cultura e religione, sia per particolari caratteristiche delle persone da assistere (persone con disabilità, anziani, bambini, etc.).

-Fase dell'emergenza: È la fase di maggiore criticità, in cui ogni operatore deve mettere in atto con professionalità quanto appreso nella fase precedente, con un intervento immediato, garantendo nell'area del disastro, il massimo coordinamento delle operazioni di soccorso, salvando il più alto numero di vittime coinvolte. Tutti gli operatori e differenti categorie sono indispensabili in questa fase, nel contenere le conseguenze.

-Fase post-disastro: Questa fase comporta un'attenta analisi di tutti gli elementi caratterizzanti il disastro, ai fini della pianificazione e della riprogrammazione delle azioni future. È proprio sulla formazione continua di tutti gli attori operanti nel campo che si fonda la grande responsabilità dei soccorritori. Si prevedono programmi di insegnamento curricolare o integrativo per le differenti professionalità (in primis medici, infermieri, operatori del soccorso, psicologi, architetti, ingegneri, decisori) e costituiscono l'anello di

congiunzione tra questa fase e quella di pre-emergenza, alla realizzazione dell'obiettivo di salvare il maggior numero di vite (Repubblica di San Marino, legge 29 gennaio 2010 n. 34).

1.3 Protezione Civile

Il nostro territorio è caratterizzato da molteplici rischi, soprattutto di origine naturale spesso causati dall'uomo rendendo il paese ancora più fragile: rischio sismico, rischio maremoto, rischio vulcanismo, rischio meteo-idrogeologico. Sono questi gli eventi che con maggior probabilità possono sfociare in un disastro o una catastrofe se non gestiti adeguatamente da un sistema solido (Dipartimento della Protezione Civile, n.d.). Per questi motivi è indispensabile essere pronti ad affrontare eventi di portata superiore alla normale capacità di risposta dei sistemi di emergenza esistenti. Questo viene fatto introducendo risorse aggiuntive a quelle normalmente disponibili, con una gestione ed una organizzazione complessiva ed unitaria che comprenda tutte le fasi e gli aspetti dell'emergenza. La protezione civile interviene in questo campo ed è in grado di reperire le forze straordinarie e metterle in pratica secondo le necessità. Il nuovo Codice della Protezione Civile, attraverso il D. lgs n.1 del 2 Gennaio 2018, definisce i compiti della Protezione Civile, riguardo tutta la gestione dell'emergenza:

Previsione: analisi dei rischi in ogni territorio;

Prevenzione: interventi diretti sulla popolazione per contenere un eventuale rischio;

Intervento: Inteso come gestione delle emergenze attraverso le iniziative di soccorso da attuare all'accadere dell'evento;

Superamento e ripristino: riportare il territorio e la popolazione ad una condizione il più possibile simile a quella precedente il verificarsi dell'evento.

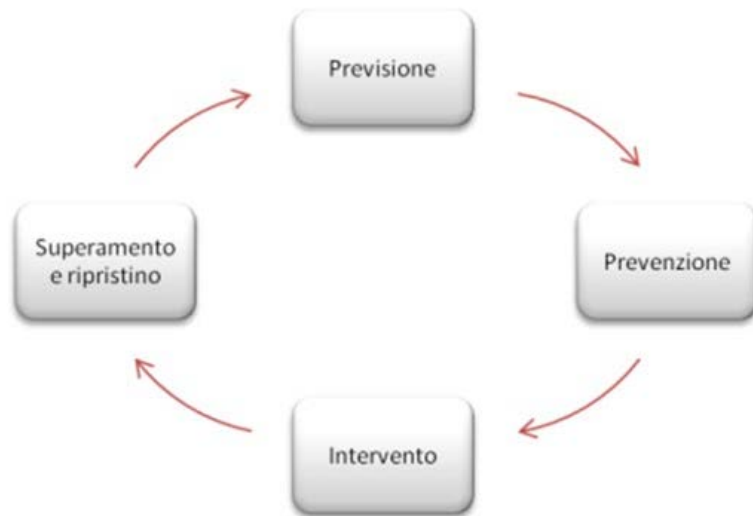


Figura.3 Ciclo dei compiti di Protezione Civile

Il dipartimento di protezione civile mette in evidenza linee guida fondamentali e tematiche da affrontare durante una catastrofe, dando disposizioni al coordinamento delle strutture coinvolte nei soccorsi sanitari, rispettando il modello di pianificazione. Sottolinea inoltre che durante la gestione degli eventi catastrofici, si richiede la partecipazione da parte di più componenti dell'assistenza sanitaria e ritiene opportuno che le suddette componenti seguano, nella gestione della catastrofe, dei criteri univoci e universalmente condivisi in quanto efficaci, ad esempio seguendo un piano precedentemente stabilito. Quest'ultimo è una struttura dinamica, poiché variano le situazioni territoriali e, anche se la ciclicità è un fattore costante per i fenomeni calamitosi, l'entità del danno ed il tipo di soccorsi sono parametri variabili che di volta in volta caratterizzano gli effetti reali dell'evento.

2. Assistenza Domiciliare Integrata

Gli interventi di ripristino durante un'emergenza abbastanza comunemente vengono limitati alla medicina d'emergenza, ma in realtà l'intervento sanitario in seguito a un disastro deve fare fronte ad una complessa rete di problemi che si inquadrano nell'ambito della medicina delle catastrofi e che prevedono la programmazione ed il coordinamento di più attività, soprattutto in fase di pianificazione. Per tali motivi la Protezione Civile prevede il coinvolgimento dei referenti dei vari settori, tra cui i rappresentanti di Aziende Sanitarie Locali responsabili di garantire attività di assistenza sociale, geriatrica e domiciliare (Normativa 6-04-2001 n.81). I Distretti Sanitari diffusi nel territorio, garantiscono alla popolazione servizi di assistenza sanitaria primaria rispettando i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria di valenza nazionale. L'Assistenza Domiciliare Integrata è tra queste attività fornite dai Distretti Sanitari, per rispondere ai bisogni della popolazione e inoltre i servizi sono erogati da un team multidisciplinare. Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. All'interno del continuum assistenziale sociosanitario previsto, le cure domiciliari integrate forniscono un'opzione terapeutica alternativa al ricovero ospedaliero, laddove la presenza di patologie cronico-degenerative e le condizioni familiari e socio-ambientali, consentono l'erogazione di un trattamento sociosanitario a domicilio. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse (Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229). Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;

- il supporto alla famiglia;
- il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

2.1 L'infermiere domiciliare

Art. 2 (C.D.) – Azione: L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca (Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019).

L'organizzazione del sistema delle cure domiciliari sopracitate, prevede un orientamento alla valutazione multidimensionale che tenga conto delle seguenti dimensioni: la pluripatologia; la situazione familiare (solitudine, fasce di nuove povertà, mancanza di rete familiare); le disabilità presenti; la scarsa responsività (Alzheimer o esiti di gravi traumi cranici); le dipendenze per le ADL (attività di vita quotidiana); la comprensione del proprio stato di salute; la capacità di risposta autonoma o con aiuto; la diversità culturale. Rispetto a queste caratteristiche degli assistiti l'assistenza infermieristica non può essere orientata solo a valutare la dipendenza del paziente, ma deve collegare la valutazione dei bisogni della persona malata con la valutazione del contesto familiare e sociale e stabilire se si tratta di attività propria o attività da assegnare ad altro personale, al volontariato sociale o alla famiglia laddove esiste. Tale modello concettuale evidenzia che l'elevata complessità assistenziale non è determinata solo dall'alta dipendenza nell'assistenza di base. Non è l'incapacità ad alimentarsi di un assistito che genera il bisogno di assistenza infermieristica, ma un insieme di questa ed altre dimensioni. L'infermiere che opera in ambito domiciliare, eroga interventi assistenziali sia rivolti al paziente, migliorandone le sue condizioni di vita, sia al caregiver che quotidianamente presta assistenza, attraverso uno strumento multidimensionale il PAI (piano assistenziale individuale) dove gli interventi e obiettivi sono misurati in funzione alle esigenze del singolo paziente o del contesto, garantendo una continuità assistenziale. I risultati positivi ottenuti dai servizi di cura a domicilio che seguono questa impostazione riguardano il miglioramento dello stato di salute e della

qualità della vita, la riduzione degli interventi di pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri, la riduzione delle istituzionalizzazioni, il miglioramento della soddisfazione degli utenti, la riduzione dei costi economici, senza aggravio del carico e dei costi per i familiari, trasformando la casa come il miglior luogo per la prevenzione, cura e riabilitazione del soggetto (Lavalle, 2006).

2.2 Discontinuità assistenziale per i pazienti in carico alle cure domiciliari

La popolazione di riferimento include nella maggior parte pazienti con comorbidità, anziani non autosufficienti in trattamento con più farmaci, pazienti che vengono trattati con attrezzature specifiche che richiedono trattamenti medici, riabilitativi, palliativi o prestazioni infermieristiche per affrontare lo stato di malattia. Un sistema complesso, in continuo cambiamento, come quello sanitario può presentare una discontinuità nelle cure, che appaiono come perdita di informazioni o interruzioni nella erogazione del processo assistenziale, come nel caso di trasferimenti tra Unità Operative diverse o tra diverse strutture assistenziali, come avviene nelle dimissioni tra l'ospedale ed il territorio e viceversa. L'interruzione temporanea del sistema sanitario, in particolare dei servizi territoriali, può essere indotta anche nel caso di un'emergenza sanitaria che di conseguenza provoca un'interruzione di cure fondamentali che potrebbero inevitabilmente comportare, ai pazienti in carico, un declino della loro di salute, peggiorando lo stato di vulnerabilità. Il sistema sanitario e i servizi di cura domiciliare integrata, devono rispondere in modo efficace a queste preoccupazioni, guidando il paziente verso le modalità più appropriate, con lo scopo di prevenire la sospensione dei servizi. L'assistenza domiciliare deve essere inclusa in tutte le fasi dell'emergenza, dalla previsione del rischio alla risposta di un evento calamitoso. È necessario uno sforzo congiunto per sviluppare piani per l'identificazione, attività formative del personale e l'utilizzo di strumenti per valutare tempestivamente la popolazione bisognosa nelle zone colpite da un disastro e sviluppare il percorso più idoneo (Banks, 2013).

2.3 La Scheda di Valutazione delle Esigenze Immediate (SVEI)

La scheda SVEI è stata sviluppata dalla protezione civile come strumento di valutazione da applicare nel caso di perdita del proprio domicilio e il bisogno di una ricollocazione, in particolar modo è in grado di valutare esigenze sociosanitarie della popolazione così detta “fragile” che include soggetti anziani vulnerabili e con disabilità. (Vedi Allegato 1). La SVEI è stata elaborata a partire dalle esperienze maturate nella gestione dell'emergenza terremoto Abruzzo del 2009. La scheda è stata sperimentata a giugno 2016 durante l'esercitazione “Piemonte Magnitudo 5.5” dove ne è stata evidenziata l'efficacia. Dopo un paio di mesi da questo importante banco di prova, la SVEI è stata per la prima volta impiegata sul campo nella gestione del terremoto Centro Italia dalle Regioni Lazio, Marche, Umbria e Abruzzo, che ne hanno confermato la validità (Montanari, 2017).

2.3.1 Coinvolgimento degli Infermieri ADI, Direttiva n.67 del 20/03/2019

Visto l'efficacia e i risultati positivi ottenuti dall'utilizzo dello strumento di valutazione in questione, il 20 Marzo del 2019 è stata emanata la Direttiva del Presidente del Consiglio n. 67 la quale specifica l'importanza dell'impiego dei medici delle Aziende Sanitarie Locali nei Centri operativi comunali ed intercomunali, degli infermieri ASL per l'assistenza alla popolazione e la scheda SVEI per la valutazione delle esigenze immediate della popolazione assistita. L'intento è quello di diffondere in tutto il territorio Nazionale la collaborazione dei personaggi sanitari che normalmente operano nel territorio e coinvolgerli durante un'emergenza di grandi dimensioni, per supportare la popolazione sfollata, in particolar modo quella con esigenze specifiche sociosanitarie, per attivare il più presto possibile l'assistenza di cui hanno bisogno. I soggetti che richiedono assistenza sociosanitaria sono persone “disabili o con specifiche necessità” dove rientrano in questa categoria sia i soggetti afflitti da patologie croniche e disabilità bisognosi, già in ordinario, di specifica assistenza sociosanitaria, sia i soggetti che presentano debolezze fisiche, psichiche e sociali che, in caso di evento e conseguente sconvolgimento del contesto sociale, perdano la capacità di provvedere autonomamente alle proprie necessità. Proprio per questo motivo la Direttiva definisce le linee generali per il coinvolgimento di più operatori esperti di assistenza territoriale, come dei medici e degli infermieri ASL, nelle

strutture di accoglienza. In caso di un evento di grandi dimensioni, la popolazione senza domicilio viene temporaneamente assistita all'interno delle strutture preposte all'accoglienza, come ad esempio palazzetti, centri accoglienza, prima di una loro ricollocazione in strutture adeguate. La legge, che coinvolge il personale infermieristico territorialmente competente e precedentemente individuato dai Distretti Sanitari, individua quali sono i compiti che i professionisti dovranno svolgere in queste determinate circostanze:

- assicurare l'interazione con la Funzione sanità dei Centri operativi comunali e intercomunali, contribuendo, tramite l'apporto del personale medico operante nella funzione, ad informare il Sindaco sulle necessità sanitarie e sociosanitarie delle persone assistite;
- supportare il personale medico della ASL nei criteri di scelta per l'idonea destinazione alloggiativa, delle persone assistite con disabilità o con specifiche necessità;
- contribuire alla segnalazione delle persone disabili disperse, ai fini delle operazioni di ricerca e salvataggio;
- supportare il personale medico della ASL nella individuazione di ricoveri per le persone assistite con disabilità o con specifiche necessità;
- supportare il personale medico della ASL nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria di base.
- favorire nelle strutture preposte all'accoglienza (aree e centri assistenza) la valutazione sociosanitaria per le persone assistite attraverso l'utilizzo della Scheda per la Valutazione delle Esigenze Immedie.

La scheda SVEI permette di effettuare in modo uniforme, la valutazione oggettiva delle necessità sociosanitarie della popolazione colpita da una catastrofe, inoltre consente la suddivisione dei soggetti in categorie che necessitano dell'impiego di differenti supporti sociosanitari, in base alle loro patologie, per poi pervenire all'individuazione della struttura alloggiativa idonea. Come ribadito anche nella Direttiva, l'utilizzo di tale scheda

è coordinato dagli Infermieri ASL del territorio coinvolto e la compilazione è suddivisa in due sezioni:

1. Sezione 1 triage sociosanitario: la prima può essere utilizzata da personale volontario sanitario opportunamente formato, con lo scopo di censire tutte le persone nelle aree e centri preposti all'accoglienza, individuando chi tra questi necessita di una specifica assistenza. La compilazione prevede la raccolta dei dati anagrafici, le caratteristiche generali dell'assistito quali ad esempio disabilità ed eventualmente la persona da contattare in caso di necessità, quale il caregiver. Alla fine di questa sezione l'operatore preposto alla compilazione, in base ai dati raccolti, dovrà assegnare un codice colore di valutazione, dal rosso al verde, in grado di interpretare le condizioni sanitarie del paziente;
2. Sezione 2 competenze infermieristiche: la sezione 2 invece, viene affidata agli Infermieri ASL del territorio i quali stabiliscono il tipo di assistenza da somministrare e le indicazioni da fornire. Più specificatamente il professionista dovrà indicare l'eventuale struttura dove il paziente è attualmente in carico (ADI, SerT, CSM, Assistenza sociale), si può richiedere una visita per una valutazione medica (prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche, pediatrica ecc.), si segnalano le patologie in corso (respiratoria, cardiopatica), i farmaci assunti quotidianamente, gli ausili sia di incontinenza che di movimento ed alla fine dell'anamnesi si stabilisce la destinazione alloggiativa opportuna alle circostanze (albergo, struttura socio-sanitaria) e il mezzo da utilizzare per l'eventuale trasporto se presenta specifiche esigenze.

Insieme alla SVEL, per facilitare la raccolta dati, si impiegano in maniera sinergica gli strumenti informativi attivi nel Sistema Sanitario Regionale, compresi quelli di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta, i quali possono fornire informazioni sia sulle condizioni di specifica necessità che sulle terapie assunte dai cittadini, facilitando l'individuazione delle priorità assistenziali.

La formazione dei professionisti in merito ai nuovi compiti assegnati, aspetta a ciascuna Regione, la quale individua le modalità di svolgimento della specifica attività formativa

al personale del Servizio Sanitario Regionale interessato (Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri n.67, 20-03-2019).

Art. 11 (C.D.) – Supervisione e sicurezza: L’Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità (Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019).

2.4 Marche per la gestione delle grandi emergenze sanitarie

Il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) nel 23/11/2018, ha pubblicato questo documento sviluppato insieme alla Protezione Civile, il quale prevede delle linee da seguire da parte di tutti i servizi sanitari del territorio Marchigiano per poter affrontare al meglio un’eventuale emergenza di grandi dimensioni. Il Centro Italia è stato coinvolto, nel periodo compreso tra Agosto e Ottobre del 2016, da 3 importanti eventi sismici che hanno stravolto sia la rete sanitaria che quella sociale e l’intero tessuto istituzionale di molti Comuni. Per questo motivo una gestione efficiente della sanità rende necessaria l’integrazione delle strutture dei Servizi Sanitari Regionali nell’organizzazione di protezione civile. Soprattutto dall’esperienza maturata in seguito agli eventi del 2016, si ravvisa l’esigenza di disciplinare il coinvolgimento dell’Area Territoriale o meglio dei Distretti Sanitari insieme agli operatori all’interno. Da questo documento si evince che, per il servizio di cure domiciliari, in fase di Pianificazione:

- in ciascun Distretto sarà predisposto un piano per garantire accoglienza ad eventuali pazienti in ADI che non possono rimanere nel proprio domicilio;
- individuano, avvalendosi dei servizi tecnici di supporto, preventivamente strutture disponibili da utilizzare per il trasferimento dei pazienti non gestibili a domicilio;
- predispongono e mantengono aggiornato, un elenco dei pazienti ADI, da utilizzare in caso di emergenza.

Mentre le azioni nell’immediato Post - evento, per garantire assistenza sanitaria e sociosanitaria sono:

- far attivare UVI per pazienti segnalati dai Sindaci, Medici di cure primarie, infermieri e assistenti sociali dei Comuni/Ambiti territoriali, per garantire la continuità assistenziale ai pazienti assistiti già in carico al servizio cure domiciliari;

- individuare tempestivamente, con il coinvolgimento degli Infermieri delle cure domiciliari e assistenti sociali, i pazienti ADI con specifiche necessità o dipendenti da apparecchi elettromedicali che necessitano di essere rapidamente messi in sicurezza.

3. Esperienze internazionali

3.1 Strategie per sviluppare sistemi di pianificazione e preparazione

Durante un disastro è molto difficile, in assenza di preparazione e piani preventivi, mantenere un equilibrio con i servizi di cure domiciliari che si prendono carico di questa popolazione vulnerabile e di conseguenza se le esigenze sanitarie non vengono rispettate nel più breve tempo possibile, il paziente può subire gravi interruzioni e un declino della propria salute.

Laura Banks (2013) afferma che il 71% di coloro che sono morti a causa dell'uragano aveva più di 65 anni. Durante l'ondata di caldo del 1995 nel Midwest, l'età media delle 465 persone a Chicago, delle morti legate alla temperatura ambientale, era di 75 anni. Si prevede che la popolazione americana di età pari o superiore a 65 anni raddoppierà entro i prossimi 25 anni. Entro il 2030, circa 72 milioni di persone, quasi uno su cinque tra gli americani, avranno 65 anni o più e di conseguenza si osserveranno maggiori fragilità. Questo articolo inoltre dall'esperienza dell'uragano Katrina, ha sviluppato delle strategie di prevenzione utili da implementare tra il personale della sanità pubblica, i soccorritori e i professionisti dei servizi domiciliari. L'obiettivo è creare un sistema di risposta alle emergenze in grado di salvare e proteggere le popolazioni vulnerabili e quindi garantire che continuino a ricevere assistenza sanitaria di routine, come i farmaci su prescrizione, come raccomandato dal gruppo di lavoro sulle malattie croniche e le popolazioni vulnerabili nei disastri naturali, parte del Centro di coordinamento per la promozione della salute, e il Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC). Un sistema che prevede, la sensibilizzazione attiva, l'assistenza medica e il supposto di esigenze

specifiche, l'evacuazione assistita e un adeguato monitoraggio della ricollocazione degli adulti più anziani.

Migliorare la risposta attraverso

1. Self Preparedness (Auto-preparazione): questa fase è rivolta sia all'individuo anziano che alla sua famiglia. Diventa importante promuovere l'autosufficienza tra gli anziani, dove la maggior parte sono costretti a rimanere nelle proprie case. Come tutti i cittadini, anche gli anziani possono essere incoraggiati a prepararsi in caso di catastrofi. Parliamo di strategie utili per migliorare gli esiti sanitari post-disastro a costo zero come ad esempio: pianificare preventivamente un'evacuazione e un eventuale trasporto; mantenere un elenco aggiornato dei farmaci da portare sempre con sé nel portafoglio o in borsa, durante qualsiasi emergenza sanitaria; preparazione di un kit d'emergenza con i bisogni sanitari, numeri da contattare in caso di catastrofe.
2. Servizi sanitari a domicilio: bisogna riconoscere il valore delle risorse esistenti nella pianificazione e nella preparazione dunque non è necessario creare servizi completamente nuovi dedicati esclusivamente a ridurre la vulnerabilità degli anziani. Oltre agli sforzi per valutare le esigenze dei pazienti in carico e sensibilizzare la popolazione sanitaria, attraverso piani di preparazione all'emergenza, le strutture sanitarie dedicate devono anche essere pronte a rispondere alle catastrofi. In particolar modo i servizi di assistenza sanitaria domiciliare dovrebbero cercare di essere inclusi nelle pianificazioni in tutte le fasi dell'emergenza. È necessario uno sforzo congiunto per sviluppare piani per l'identificazione del personale e l'accesso alle zone di disastro per continuare a fornire servizi salvavita interni. Le agenzie sanitarie a domicilio devono garantire un continuo aggiornamento del personale, sviluppare anche piani per garantire un intervento tempestivo e avere un piano per il recupero e l'individuazione dei pazienti durante una crisi comunitaria. Un utile toolkit per la preparazione dell'assistenza sanitaria a domicilio è stato sviluppato dall'Associazione nazionale per l'assistenza domiciliare e Hospice.

Kyota et. al (2018) hanno studiato gli effetti del grande terremoto del Giappone che si è verificato nel marzo 2011, nel quale gli anziani di 65 anni o più rappresentavano circa il 60% di tutti gli sfollati all'interno dei rifugi. I disturbi di base più comuni tra questi erano ipertensione, diabete e vascolari e malattie neurologiche periferiche; inoltre, la mancanza di prescrizioni e farmaci sufficienti ha provocato: difficoltà nell'assunzione di farmaci orali, stress, esercizio fisico insufficiente, scompenso della malattia. Inoltre, l'assunzione di pasti ad alto contenuto di sodio forniti nei rifugi potrebbe essere associata all'aumento dell'ipertensione tra i sopravvissuti al disastro. I farmaci per le persone con disturbi cronici sono utili per stabilizzare i sintomi e ridurre il rischio per la propria vita. Pertanto, come misura di preparazione al disastro, può essere importante per le persone memorizzare i propri farmaci e portarli quando è richiesta l'evacuazione nei rifugi. Durante un disastro, i cambiamenti ambientali (ad es. l'evacuazione dal proprio domicilio e la difficoltà di continuare la terapia) possono aumentare i rischi per la salute. Pertanto, potrebbe essere necessario per i servizi che si occupano di assistenza a lungo termine, coinvolgere gli utenti e le loro famiglie per conservare i farmaci necessari come misura di preparazione al disastro.

Daugherty D. et. al (2012) uno studio qualitativo condotto in tutta la Georgia e la California meridionale, tramite interviste alle agenzie che si occupano di cura e salute a domicilio. L'obiettivo è quello di conoscere il livello di preparazione e risposta alle catastrofi di queste strutture che si occupano di assistenza domiciliare. Dall'analisi è emerso che tali agenzie hanno mostrato una mancanza di preparazione e di scarsa formazione del personale nell'eventualità di un disastro. Molti degli intervistati hanno dichiarato non aver ricevuto alcuna formazione, altri hanno indicato di essere a conoscenza dell'argomento grazie ad un autoapprendimento.

Nakai et. al (2016) hanno studiato in Giappone i fattori che influenzano la preparazione alle catastrofi e le intenzioni di evacuazione tra i pazienti a domicilio che dipendono dall'energia elettrica per il supporto vitale. Per aiutare i pazienti che necessitano di assistenza e sostegno domiciliare, i governi in Giappone sono tenuti a creare registri di cittadini che necessitano di assistenza e di fornire un sostegno individualizzato ai residenti

locali sulla base di una combinazione di capacità di aiuto fornite dalle risorse pubbliche. Tuttavia, tali registri potrebbero non essere aggiornati, tralasciando informazioni fondamentali sui pazienti di questa categoria. Così, attraverso questo studio, i professionisti sanitari hanno intervistato 53 pazienti in assistenza domiciliare utilizzando la lista di controllo per la preparazione ai disastri di Kanazawa e Kochi. Inizialmente questa lista era stata sviluppata per mantenere aggiornate le informazioni sui pazienti e le loro famiglie, ma in seguito è stata utilizzata come indagine per chiarire lo stato di preparazione alle catastrofi tra i pazienti che dipendono dall'energia elettrica e indagare sui fattori che influenzano le loro scelte nel caso di un'evacuazione. Questo studio mette in evidenza i pericoli affrontati dagli assistiti in ambito domiciliare a seguito di un disastro: circa la metà dei partecipanti, che richiedono una ventilazione artificiale continua o un'aspirazione, hanno indicato di avere abbandonato la prospettiva di evacuare, credendo che non sarebbe stato possibile, oppure hanno dichiarato di non voler evacuare, mettendo a rischio la propria vita. I risultati dello studio indicano la necessità di migliorare il sistema di assistenza per i pazienti che sono dipendenti da energia domestica, come ad esempio: aiutare i pazienti in carico ad utilizzare correttamente le apparecchiature mediche dopo un disastro in caso di evacuazione, effettuare esercitazioni regolari, coinvolgendo operatori sanitari, assistenti locali esperti in assistenza domiciliare.

Quanto sopra dimostra che la pianificazione e la risposta alle catastrofi dovrebbe essere una responsabilità delle organizzazioni che si occupano degli anziani fragili, con la pianificazione strettamente coordinata con i pazienti in carico. Rafforzare le capacità delle organizzazioni stesse a mantenere attivi i servizi durante i disastri aumenterà la probabilità di continuare ad avere accesso alle cure mediche, trasporti e altre forme di assistenza di cui i pazienti fragili hanno bisogno per rispondere con successo e recuperare da un disastro.

3.2 Strumento di valutazione SWIFT

Carmel B. et. al (2008), un articolo che ripercorre il lavoro di un team di gerontologi provenienti da diverse discipline si sono riuniti e hanno formato una squadra per aiutare le persone anziane vulnerabili nel rifugio Reliant Astrodome (RAC) in Houston, Texas allestito dopo l'Uragano Katrina dove ha accolto circa 23.000 persone sfollate. Il team composto da professionisti tra cui medici geriatrici, infermieri, assistenti sociali, operatori dei servizi di protezione degli adulti, membri dell'Agenzia di area sull'invecchiamento, e altri professionisti gerontologici, abili nell'affrontare le complesse esigenze degli adulti anziani fragili. Questo team ha concluso che era necessario uno strumento di screening rapido per identificare chi tra i pazienti vulnerabili, necessitava di aiuto imminente. Questo team ha adottato il nome Seniors Without Families Team (SWiFT) i quali hanno sviluppato, pilotato e implementato uno strumento di triage rapido per affrontare le esigenze delle vittime coinvolte nei disastri. Nelle 2 settimane successive, fino alla chiusura del rifugio, il team ha valutato secondo le modalità triage, 228 anziani vulnerabili utilizzando il modulo SWiFT. Lo strumento di valutazione è costituito da 13 domande in 3 categorie (salute medico/mentale, finanziaria e sociale) e sono in grado di valutare, attraverso la compilazione i diversi livelli di assistenza da erogare. (Vedi Allegato 2).

Un livello SWiFT 1 indicava la necessità di assistenza medica immediata, mentre un livello 3 rappresentava un'assistenza minima necessaria, stratificando la popolazione secondo le priorità. Le persone che rientravano nella categoria 1 generalmente mostravano deficit cognitivi, il bisogno di assistenza nelle attività di base della vita quotidiana oppure il bisogno di condizioni mediche non trattate come diabete, malattie cardiache e/o ipertensione. Quest'ultime patologie sono state scelte perché sono le più comuni tra gli anziani e sono state valutate insieme alle attività di base della vita quotidiana, perché le menomazioni di queste attività influenzano direttamente l'esito degli anziani vulnerabili durante un disastro.

Generalmente, i rifugi non sono dotati di professionisti addestrati in medicina geriatrica o gerontologia. Molte strutture non dispongono nemmeno di sistemi formali per fornire assistenza ai pazienti anziani o vulnerabili, ma trattano la medicina d'urgenza, per questo

motivo la maggior parte degli strumenti triage forniscono punteggi basati e correlati ai traumi fisici e mancano di una valutazione globale per ripristinare l'assistenza necessaria per un anziano o un soggetto con specifiche esigenze. Lo strumento SWiFT, allo stesso modo, soddisfa questa mancanza e tramite la compilazione, coloro che dopo l'Uragano avevano bisogno di assistenza sociosanitaria, sono stati ricollocati in contesti adeguati.

3.3 American Medical Association best practice

L'American Medical Association, ha messo a disposizione questo documento dopo l'esperienza vissuta a causa dell'Uragano Katrina del 2005 e l'impatto che questo evento naturale di potenzialità catastrofiche ha avuto sulla popolazione. Dal momento che la maggior parte degli sfollati erano anziani o adulti con particolari esigenze, all'interno vengono riportate 10 raccomandazioni basate sulle osservazioni dei membri SWiFT e dei consulenti AMA, da implementare come "best practice" in tutto il territorio americano, per rispondere in maniera efficiente a questo tipo di fenomeno. (Baylor College of Medicine, Harris County Hospital District, American Medical Association, Care For Elders & AARP foundation, n.d).

- 1. Sviluppare un sistema di monitoraggio federale semplice, economico, coeso, integrato ed efficiente per gli anziani e altri adulti che possono essere impiegati a livello statale e locale durante i disastri.*
- 2. Designare aree di rifugio separate per gli anziani e altri adulti vulnerabili.*
- 3. Coinvolgere i gerontologi (geriatri, infermieri geriatrici, assistenti sociali gerontologici, o altri esperti di invecchiamento, ecc.) in tutti gli aspetti della preparazione alle emergenze e della fornitura di assistenza.*
- 4. Coinvolgere i servizi sociali specifici della regione, le risorse mediche e sanitarie pubbliche, i volontari e le strutture nella pianificazione pre-evento per gli anziani e gli adulti vulnerabili.*
- 5. Coinvolgere i gerontologi (geriatri, infermieri geriatrici, assistenti sociali gerontologici, o altri esperti di invecchiamento, ecc.) nella formazione e nell'educazione dei lavoratori in prima linea e di altri dei primi soccorritori sulle esigenze uniche degli adulti fragili.*

6. *Utilizzare un sistema di triage per la salute pubblica come lo strumento SWiFT per gli anziani e altre popolazioni vulnerabili situazioni pre e post-disastro.*
7. *Il personale incaricato di supervisionare gli anziani e gli adulti vulnerabili dovrebbe mantenere una chiara linea di comando centrale del rifugio.*
8. *Fornire protezione da abusi e frodi agli anziani e ad altri adulti vulnerabili.*
9. *Sviluppare piani regionali coordinati per l'evacuazione dei residenti delle strutture di assistenza a lungo termine e per le persone costrette a casa con esigenze particolari (ad es. adulti dipendenti dal ventilatore).*
10. *Condurre esercitazioni e ricerche sui piani di preparazione alle catastrofi e sull'uso di uno strumento di triage, come SWiFT, per l'efficacia e l'universalità.*

CAPITOLO 2 MATERIALE E METODI

1. Disegno dello studio

Studio di tipo osservazionale trasversale condotto in tutto il territorio Nazionale. Si tratta in particolare di un'indagine conoscitiva, con l'obiettivo di reperire informazioni riguardo

- la consapevolezza del ruolo dell'Infermiere domiciliare durante un disastro;
- le percezioni dell'Infermiere domiciliare riguardo l'importanza della Pianificazione in emergenza sanitaria, soprattutto se quest'ultima obbliga i pazienti ad evacuare dal proprio domicilio;
- la presenza di piani d'emergenza nel Distretto o di strumenti efficaci a gestire un disastro;
- la conoscenza della Scheda di Valutazione delle Esigenze Immediate e della normativa n. 67 del 20/03/2019 che la introduce;
- il livello di preparazione degli Infermieri ADI in questo contesto.

2. Campione e setting

L'indagine è stata condotta dal periodo del 3 Febbraio 2020 al 9 Marzo 2020, durante il quale sono state raccolte in totale 66 risposte, da tutto il territorio Nazionale.

Lo studio ha così definito il campione, dove sono stati inclusi:

- gli Infermieri delle cure domiciliari che prestano servizio all'interno dei Distretti Sanitari che si occupano di Assistenza Domiciliare Integrata.

Mentre sono stati esclusi dallo studio:

- gli infermieri che non operano all'interno dei Distretti Sanitari;
- gli infermieri che si occupano di assistenza domiciliare a libera professione.

3. Metodo e attività raccolta dati

Per l'indagine conoscitiva, come metodo di raccolta è stato formulato un questionario ad hoc, per poter studiare il livello di conoscenza e le percezioni tra gli Infermieri domiciliari che operano all'interno dei Distretti Sanitari, in caso di un evento emergenziale. Per creare lo strumento in questione, è stata utilizzata l'applicazione Google Moduli, resa disponibile gratuitamente da Google. L'applicazione facilita la diffusione del questionario, il quale può essere condiviso, attraverso un collegamento ipertestuale, tramite piattaforme on-line come ad esempio Facebook, Whatsapp e Instagram. Google moduli permette di registrare e salvare contemporaneamente i dati una volta inviati da parte dell'intervistato, facilitandone la raccolta. Le domande che compongono il questionario, sono state estrapolate prendendo in considerazione le normative e gli argomenti disponibili in letteratura.

3.1. Struttura del questionario

Prima di rispondere alle domande, un'introduzione spiega lo scopo, la natura volontaria e la forma anonima con cui i dati vengono registrati ed utilizzati solo al fine della dissertazione del progetto di Tesi. Lo strumento in questione è stato suddiviso in tre sezioni per un totale di 28 domande (vedi Allegato 3):

- la prima sezione è composta da 7 domande di cui 5 con risposta aperta, 2 con risposte multiple. Le domande definiscono le caratteristiche dell'intervistato quali età, genere, anni di servizio, precedenti esperienze lavorative, la Regione e la Provincia dove ubicato il suo Distretto e periodo di servizio all'interno del Distretto;
- la seconda sezione è stata strutturata da 12 domande di vario genere: risposta aperta, chiusa e opzione likert. I quesiti sono stati costruiti per conoscere se i professionisti si sono trovati a gestire un'emergenza di grandi dimensioni in qualità di infermiere ADI, le impressioni dei professionisti in merito alla preparazione dei pazienti prima di un evento catastrofico, la presenza e le opinioni di eventuali piani d'emergenza nel Distretto in caso di catastrofe, a favore dei pazienti in carico, e la presenza di

elenchi e fascicoli sanitari elettronici che riassumono la situazione clinica del paziente;

- la terza sezione invece prevede, per un totale di 9 domande di genere risposta multipla, aperta e likert, di indagare sul livello di preparazione dei professionisti, sulla conoscenza della scheda SVEI o di altri strumenti di valutazione, le opinioni riguardo il suo utilizzo, il ruolo dell'infermiere ADI in emergenza e infine una domanda aperta per conoscere le impressioni che hanno spinto a rispondere alle domande precedenti. Nella domanda riguardo la conoscenza della SVEI, è stato aggiunto il collegamento ipertestuale di riferimento alla normativa, disponibile sul sito della Gazzetta Ufficiale e l'eventuale documento in formato pdf.

4. Analisi dei dati

La elaborazione dei dati è stata eseguita tramite l'utilizzo di Microsoft Office 365 e il documento Excel 2016. I dati raccolti sono poi stati interpretati con grafici di fonte elaborazione propria. La maggior parte dei risultati ottenuti tramite intervista sono di origine qualitativa, per questo motivo sono stati rappresentati in percentuale tramite l'illustrazione dei grafici.

5. Fonte rilevazione dati

La revisione della letteratura è stata condotta nei mesi di Dicembre 2019 e Gennaio 2020, usando il database bibliografico di PubMed, e i risultati forniti dalla ricerca sul motore di ricerca www.google.com. Sono stati selezionati e analizzati 9 articoli, ponendo come unico limite un criterio temporale di 10 anni. Parole chiave: Preparedness - disaster - home care - emergency management strategy - frail elderly - vulnerability.

CAPITOLO 3 RISULTATI DELL'INDAGINE

Il campione di riferimento, per un totale di 66 partecipanti, ha ottenuti i seguenti risultati:

1. Caratteristiche del campione

Domande in grado di definire le caratteristiche dei soggetti oggetto di studio e dei propri Distretti.

Domanda n.1: "Età"

- 21 – 30;
- 31 – 40;
- 41 – 50;
- 51 – 60;
- > 61;

Per definire l'età e facilitare la raccolta dati, la domanda è stata suddivisa in 5 intervalli. Dall'elaborazione risulta che 23 soggetti sottoposti all'indagine, hanno un'età tra i 21 e i 30 anni e rappresentano il 35% di tutti gli intervistati.

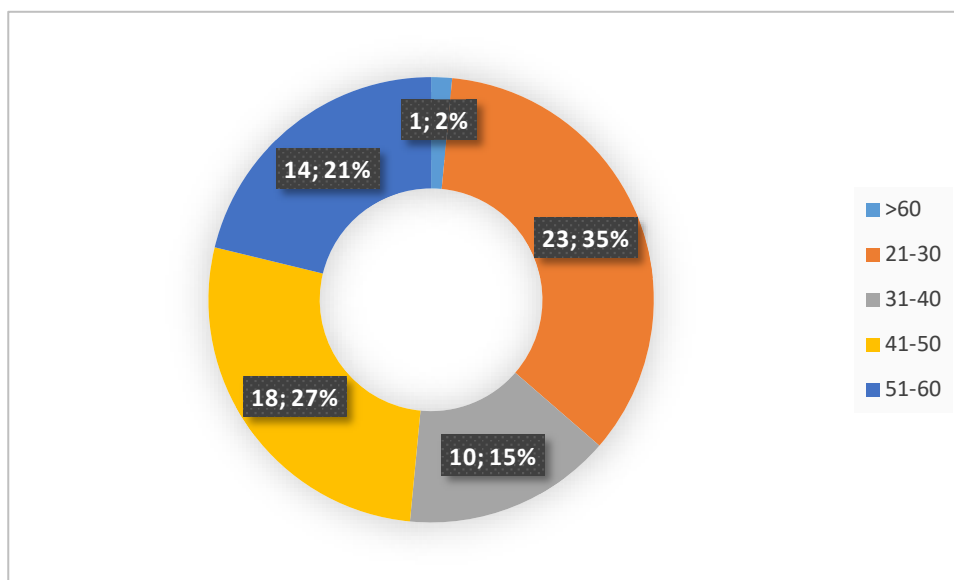


Figura.4 Intervallo di Età. Fonte propria

Domanda n.2: “Genere”

- Femmina
- Maschio

Da questa domanda è emerso che all'interno del campione il genere femminile rappresenta l'82% (54), mentre il genere maschile rappresenta il 18% (12).

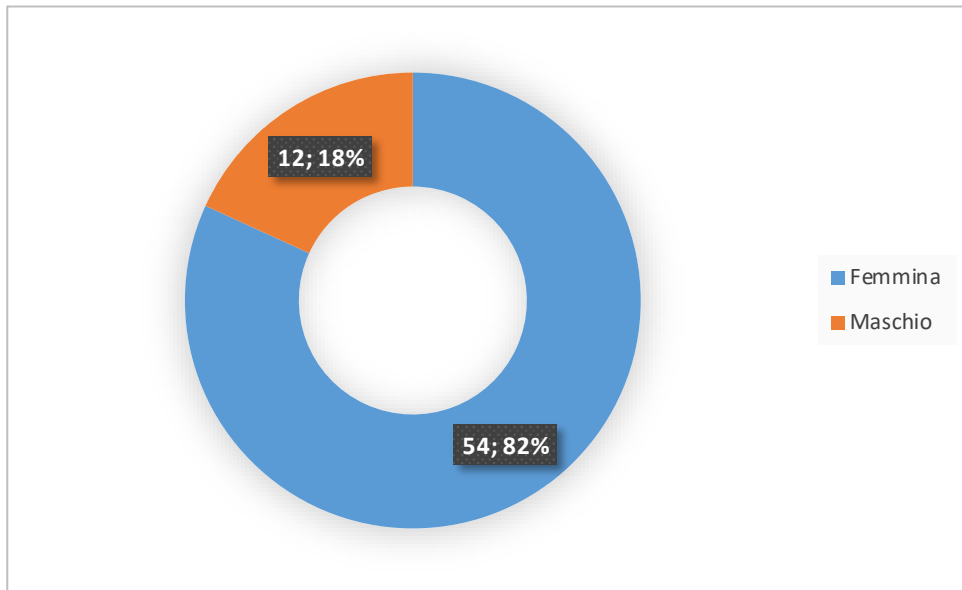


Figura.5 Genere del campione. Fonte propria

Domanda n.3: “Anni di servizio”

Durante l'elaborazione, le risposte sono state classificate in 5 categorie e dall'interpretazione risulta che il 45% (30) degli Infermieri sono in servizio da un minimo di 1 anno ad un massimo di 10 anni. Solo il 2% (1) ha un'esperienza nel distretto minore di un anno.

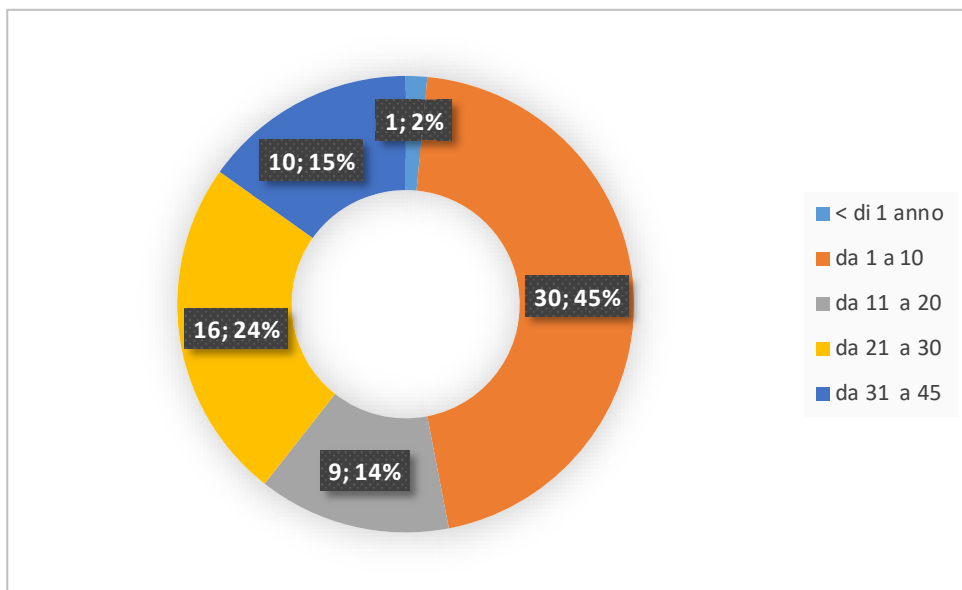


Figura.6 Anni di servizio. Fonte propria

Domanda n. 4: “Di quale regione fa parte il suo Distretto?”

Il maggior numero di risposte proviene dalla regione Marche (13), seguita dalla Lombardia (9) e dalla Sardegna (9). Mentre non sono state ricevute risposte dalle regioni che non appaiono evidenziate nella Figura.7.



Figura.7 Regione dei Distretti. Fonte propria

Domanda n. 5: “Di quale Provincia fa parte il suo Distretto?”

Dai risultati è emerso che dalla provincia di Ancona (9), provengono la maggior concentrazione di risposte seguita dalla provincia di Roma (5).

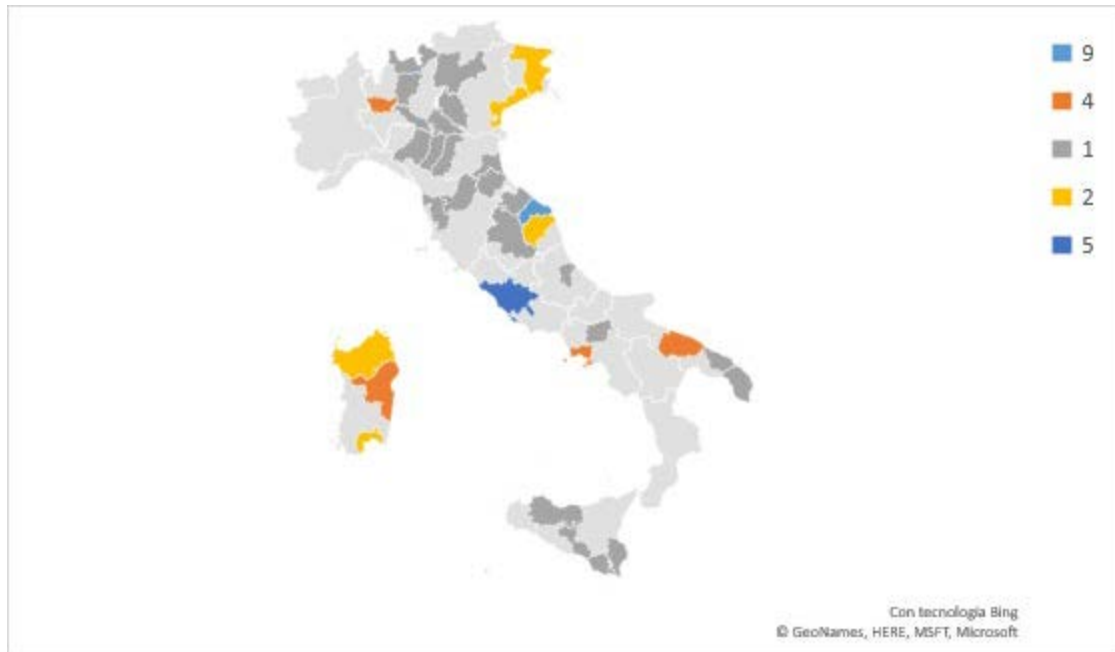


Figura.8 Province dei Distretti. Fonte propria

Domanda n. 6: “Da quanto tempo lavora come Infermiere addetto all'assistenza domiciliare, nel Distretto?”

Nell’elaborazione delle risposte, quest’ultime sono state suddivise in 5 classi ed è emerso che il 76% (50) degli Infermieri lavora come addetto alle cure domiciliari nel Distretto da minimo di un anno a massimo da 10 anni. Mentre solo il 4% (3) ha un’esperienza nel territorio maggiore di 21 anni.

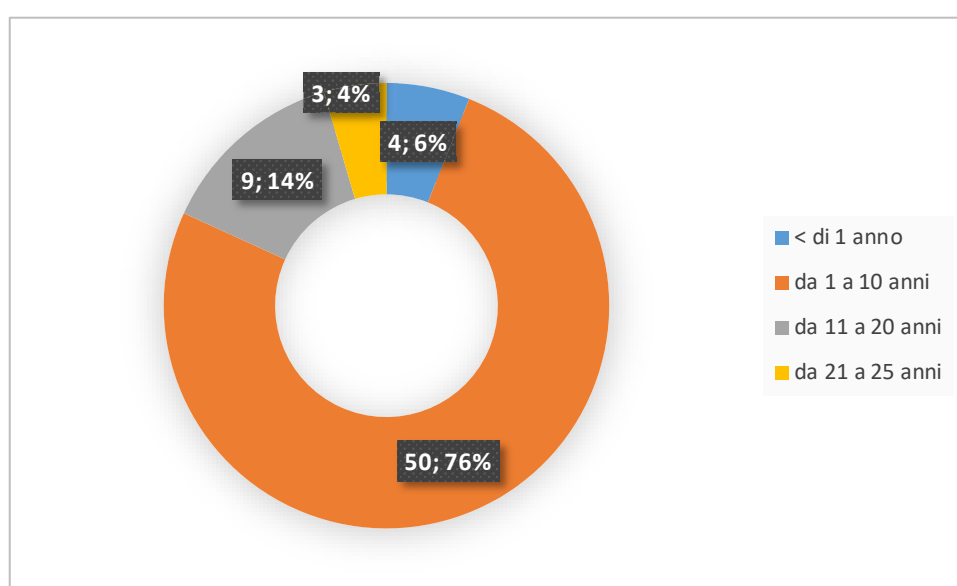


Figura.9 Anni di servizio nel Distretto. Fonte propria

Domanda n.7: “Ha avuto precedenti esperienze lavorative in altre Unità Operative?”

Date le molteplici risposte, le UU.OO. e le precedenti esperienze indicate dagli intervistati, sono state raggruppate in: Area Chirurgica, Emergenza-Urgenza, Ambulatori, Servizi Territoriali, Area Medica e Nessuna precedente esperienza. L’Area Medica risulta essere del 26%, la maggiore rispetto alle altre. Mentre il 20% degli infermieri non ha avuto precedenti esperienze al di fuori del Distretto.

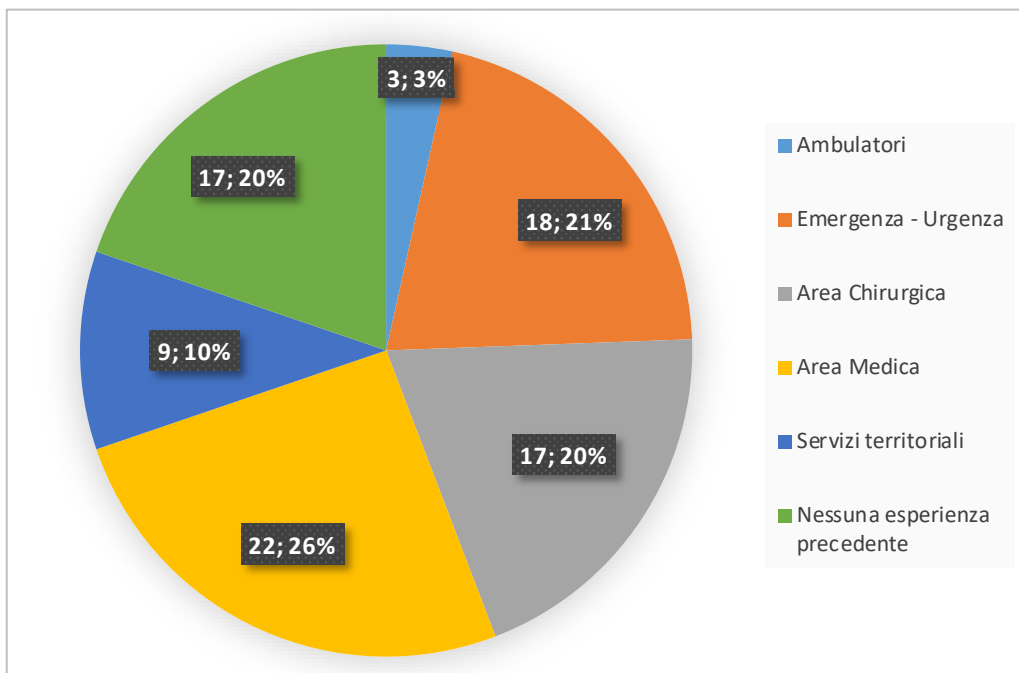


Figura.10 Precedenti esperienze lavorative. Fonte propria

2. Infermiere Assistenza Domiciliare Integrata in Emergenza

In questa sezione troviamo domande riguardo l'esperienza degli intervistati in caso di emergenza.

Domanda n.8: “Ha avuto occasione di gestire emergenze sanitarie in qualità di Infermiere delle cure domiciliari?”

L'83% (55) degli intervistati dichiara di non aver mai gestito un disastro come Infermiere domiciliare. Solo il 17% (11) degli Infermieri ha gestito una o più volte un'emergenza sanitaria.

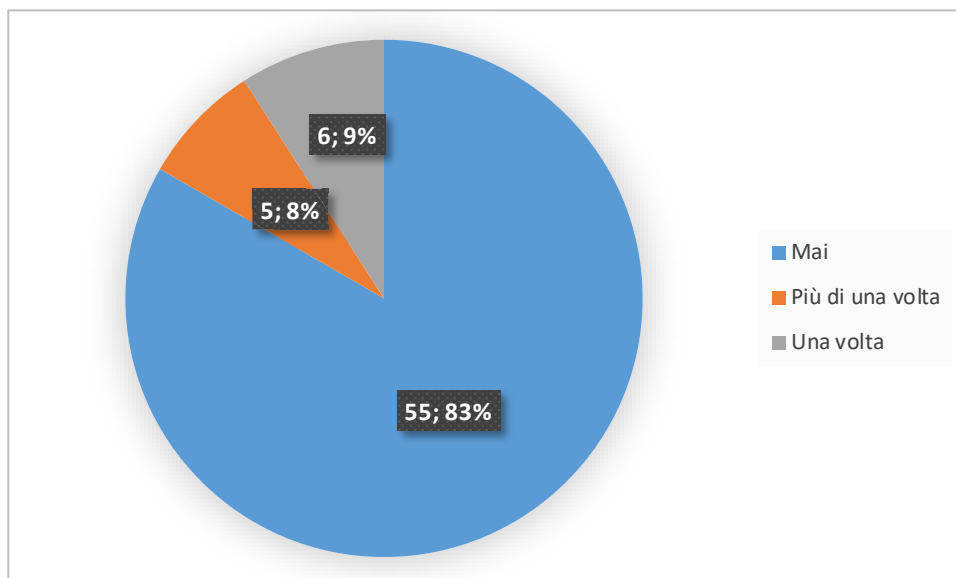


Figura.11 Emergenze gestite dal campione. Fonte propria

Domanda n.9: “Se ha risposto "Una volta" o "Più di una volta", di che emergenza si è trattata?”

Tra il 17% degli Infermieri che hanno risposto alla domanda precedente, 4 hanno risposto “Terremoto”, mentre 3 hanno dichiarato “Alluvione”. Il resto degli intervistati ha risposto sull'opzione Altro: “Ordigno bellico” (1), “Coronavirus” (2), “Forte nevicata” (1).

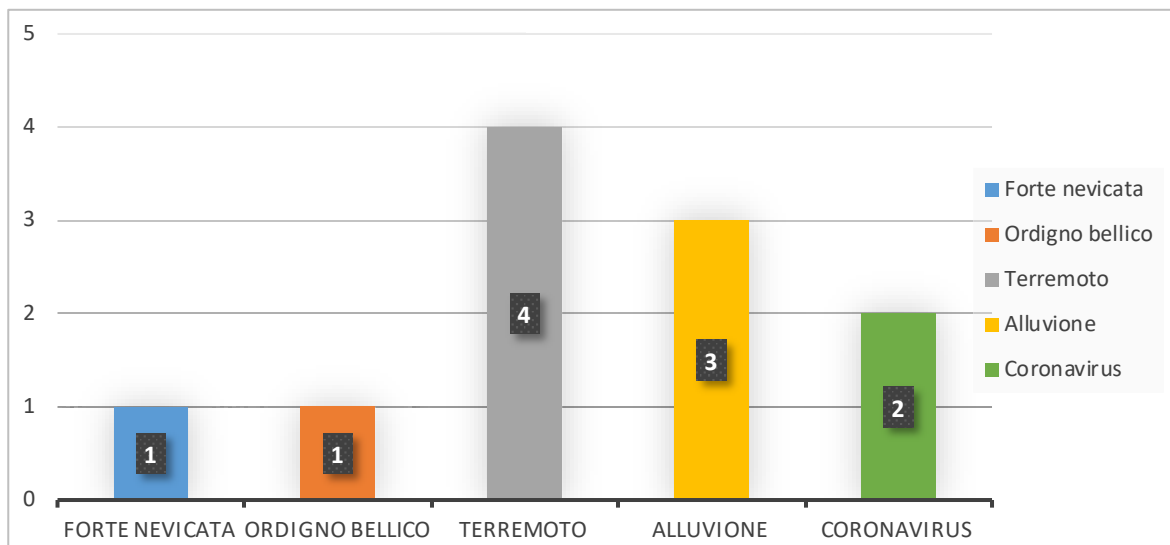


Figura.12 Emergenze sanitarie gestite. Fonte propria

Domanda n. 10: “Se ha risposto alla domanda precedente si prega di specificare anche l’anno”

Per l’elaborazione di questa domanda, il grafico mette in evidenza gli eventi secondo l’arco temporale in cui sono avvenuti. Nel grafico.13 risultano 10 eventi su 11, perché un intervistato non ha specificato l’anno nella domanda in questione.

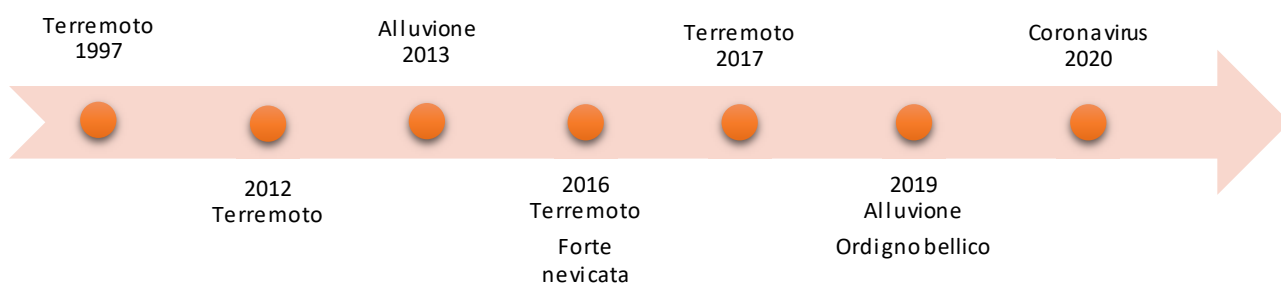


Figura.13 Arco temporale delle emergenze. Fonte propria

3. Preparazione del Distretto

Sono domande che approfondiscono la presenza di eventuali piani d'emergenza ed elenchi nel Distretto a favore dei pazienti in carico.

Domanda n.11: “Quanto reputa importante un piano di emergenza nel Distretto, per garantire la continuità assistenziale ai pazienti assistiti già in carico al servizio cure domiciliari in seguito ad un evento calamitoso?”

Per il 71% (47) e il 26% (17) dei professionisti è molto importante o importante avere un piano d'emergenza per i pazienti, mentre il 3% (2) si dichiara incerto. Nessuno ha risposto poco importante o non importante.

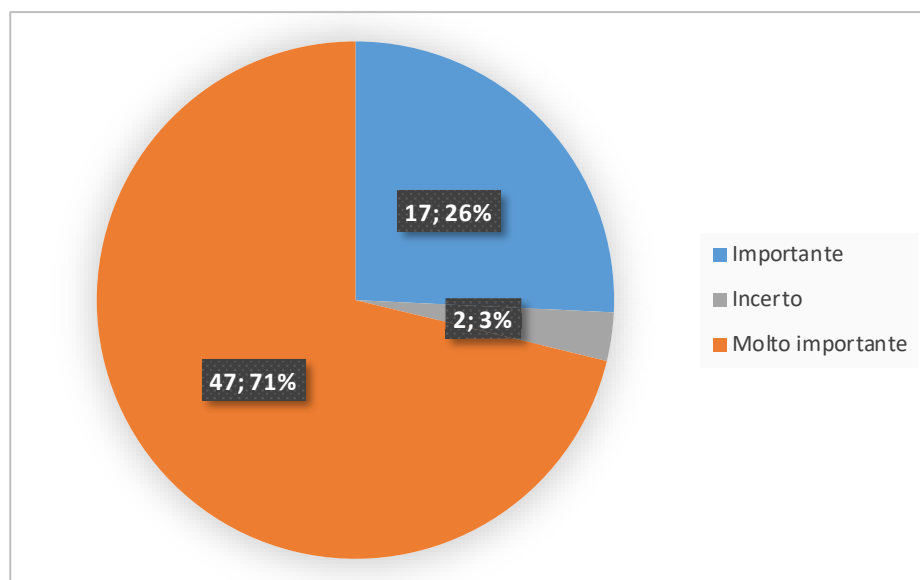


Figura.14 Piano d'emergenza nel Distretto. Fonte propria

Domanda n.12: “Il suo Distretto è dotato di un piano d’emergenza, per garantire accoglienza ad eventuali pazienti in ADI che non possono rimanere al proprio domicilio?”

Come elaborato anche nella Figura.15, 43 soggetti, ovvero il 65%, hanno risposto “No” alla domanda, contro il 18% (12) che dichiara di avere un piano d’emergenza per i propri pazienti. Il restante 17% (11) non ne è a conoscenza.

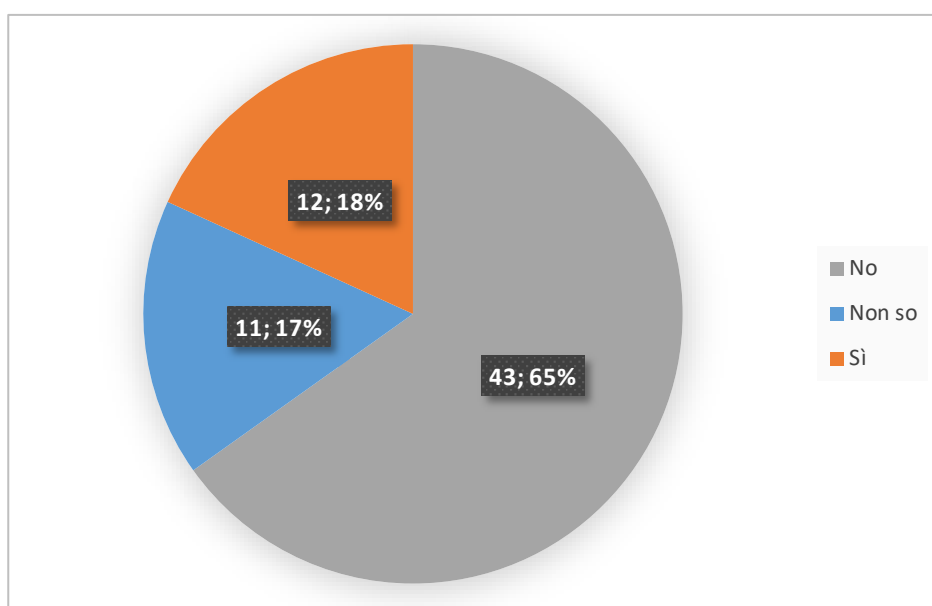


Figura.15 Piano d’emergenza per garantire accoglienza. Fonte propria

Domanda n.13: “Nel suo Distretto ci sono Piani di Preparazione all'Emergenza, rivolti ai pazienti in carico e alle loro famiglie, con lo scopo di fornire norme di comportamento nell'eventualità di un disastro e costretti ad evacuare?”

Dall’elaborazione delle risposte risulta che 48 Infermieri ovvero il 73%, dichiara di non avere nel Distretto dei piani di preparazione per i pazienti. Mentre solo il 12% (8) ha risposto “Sì”. Il resto corrispondente al 15% (10), risponde di non esserne a conoscenza.

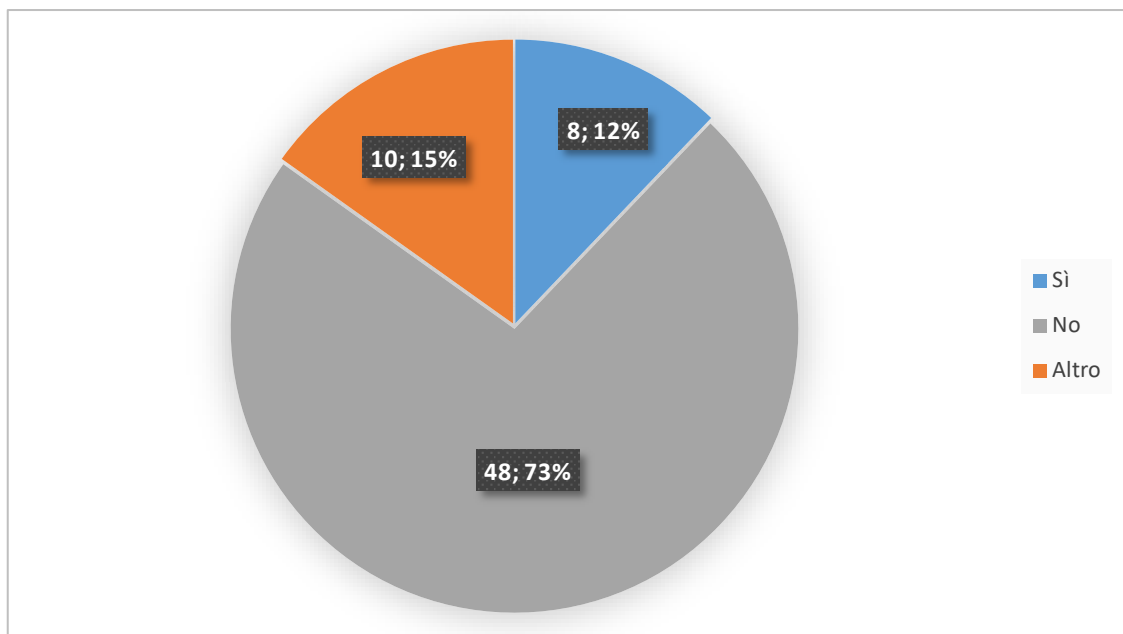


Figura.16 Piani di preparazione all'emergenza. Fonte propria

Domanda n.14: “Se ha risposto "No" alla domanda precedente: Riterrebbe utile anche nel suo Distretto un Piano di Preparazione all'Emergenza rivolto ai pazienti delle cure domiciliari e ai loro caregiver, per prepararli ed educarli in caso di un evento emergenziale?”

A questa domanda è stata data la possibilità di rispondere liberamente per chi nella Domanda n.14 ha dichiarato di non avere un piano per i propri pazienti. Hanno risposto in 58 soggetti, di cui il 69% (40) e il 26% (15) ritiene molto utile o utile un piano che educi i proprio pazienti. Solo il 5% (3) rimane incerto.

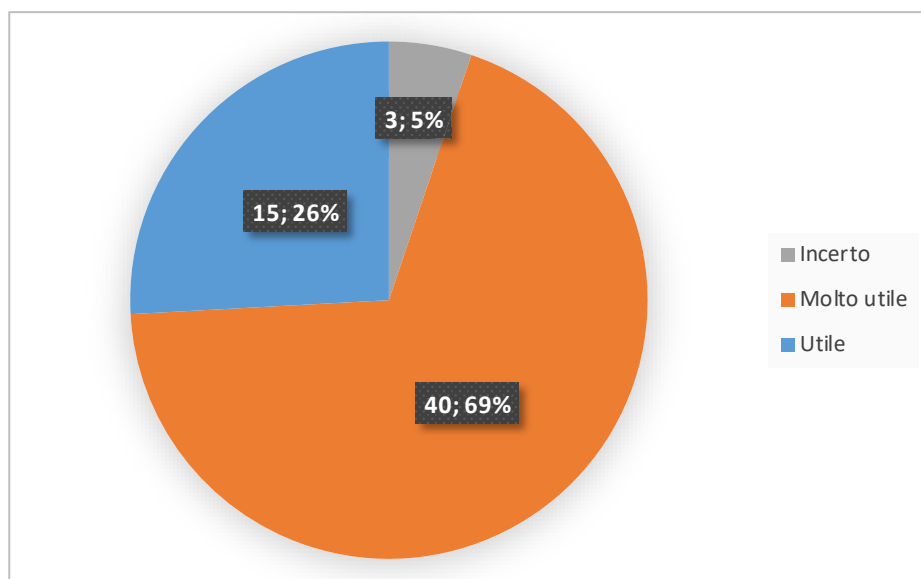


Figura.17 utilità della preparazione all'emergenza

Domanda n.15: “Il suo Distretto ha individuato preventivamente strutture disponibili da utilizzare in caso di calamità, per il trasferimento di pazienti ADI non gestibili a domicilio?”

Il 76% (50) degli Infermieri ha risposto che nel Distretto dove presta servizio non sono state individuate strutture preventivamente, al contrario solo il 10% (7) ha risposto “Sì”. Il resto degli intervistati non ne sono a conoscenza (9) e rappresentano il 14%.

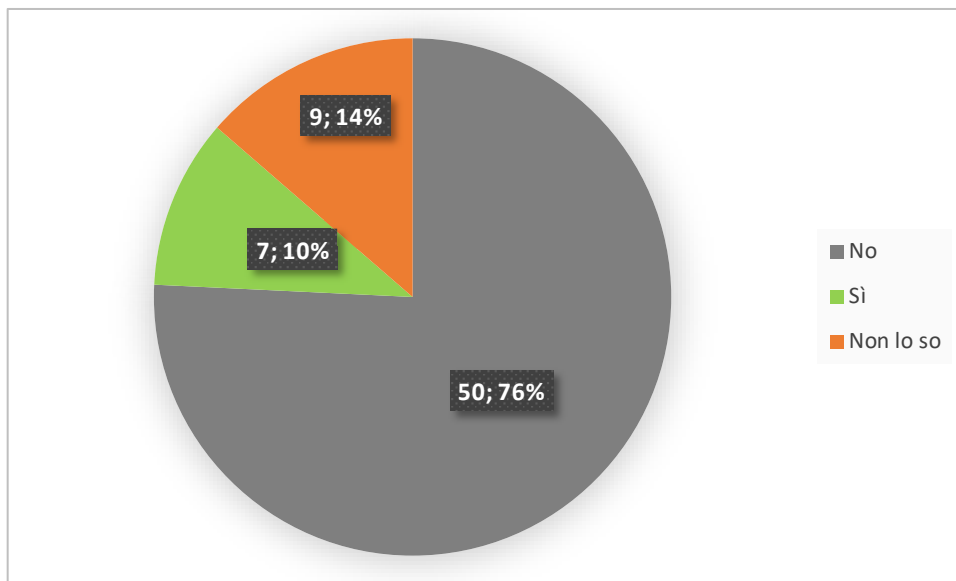


Figura.18 strutture individuate preventivamente. Fonte propria

Domanda n.16: “Il suo Distretto predisporre di un elenco dei pazienti in ADI con specifiche necessità, da poter utilizzare in caso di maxi-emergenza?”

Dall’elaborazione di questa domanda è emerso che il 45% (30) ha dichiarato di avere un elenco dei pazienti domiciliari, contrariamente il 41% (27) dei Distretti non è disposto di un elenco da poter utilizzare in caso di maxi-emergenza. Il restante 14% (9) non ne è a conoscenza.

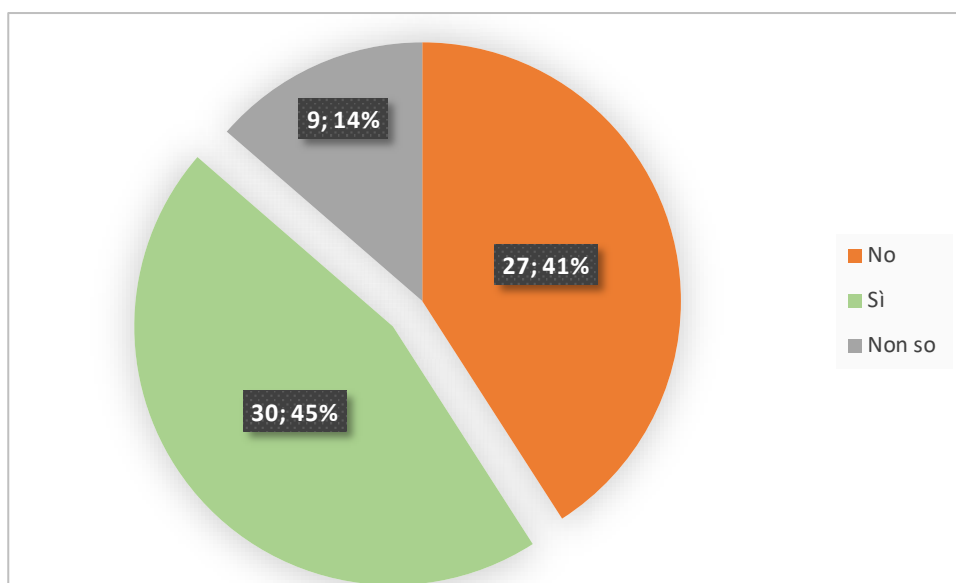


Figura.19 Elenco dei pazienti in carico. Fonte propria

Domanda n.17: “Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, Il suo Distretto mantiene aggiornato tale elenco?”

Questa domanda è stata riservata a coloro che hanno risposto “Sì” alla domanda precedente, a tal proposito sono state registrate 35 risposte anziché 30. L’80% (28) di coloro che hanno risposto, dichiara che il proprio Distretto mantiene aggiornato l’elenco dei pazienti, l’8% (3) ha risposto “No”, il 9% (3) risponde “Non so”, mentre il 3% (1) risponde che il proprio Distretto non sempre lo aggiorna.

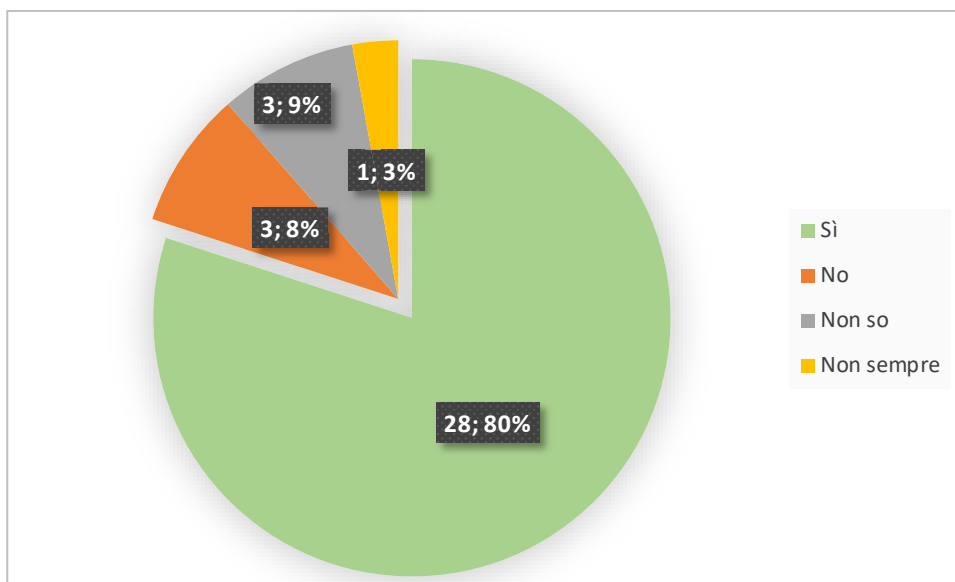


Figura.20 Aggiornamento elenco. Fonte propria

Domanda n.18: “Il suo Distretto è dotato di un Fascicolo Sanitario Elettronico, in grado di riassumere la storia clinica dell’assistito e la sua situazione corrente?”

A questa domanda è risultato che il 59% (39) dei Distretti è dotato di un FSE, il 33% (22) ne sono sprovvisti, il restante 8% (5) ha risposto “Non so”.

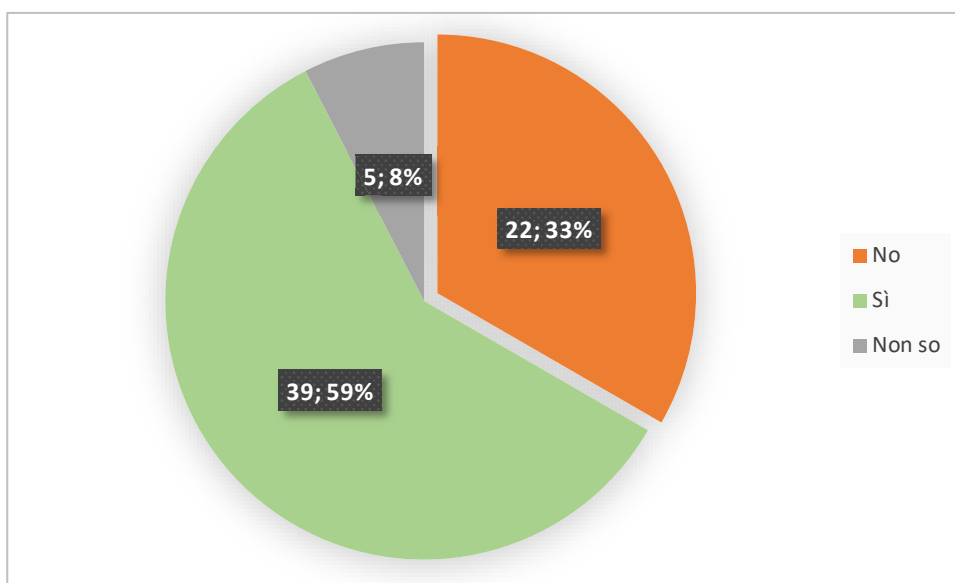


Figura.21 Fascicolo Sanitario Elettronico. Fonte propria

4. Formazione dell’Infermiere addetto alle cure domiciliari in emergenza

Le domande presenti in questa sezione, indagano sulla formazione degli infermieri, sulla conoscenza degli strumenti di valutazione e infine raccoglie alcune impressioni sull’importanza del ruolo svolto dai professionisti in questo campo.

Domanda n.19: “Ha mai partecipato ad attività formative specifiche finalizzate a definire le linee generali per il coinvolgimento degli Infermieri dei Distretti Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali per l’assistenza alla popolazione, in caso di evento emergenziale?”

Dalla raccolta delle risposte è risultato che il 92% (61) dei professionisti non ha partecipato ad attività formative specifiche per il loro coinvolgimento durante un evento emergenziale, contro una piccola percentuale dell’8% (5) i quali hanno risposto “Sì”.

Più precisamente i 5 professionisti lavorano nei Distretti provenienti dalla provincia di Nuoro, Cremona, Ragusa, Venezia e Ascoli Piceno.

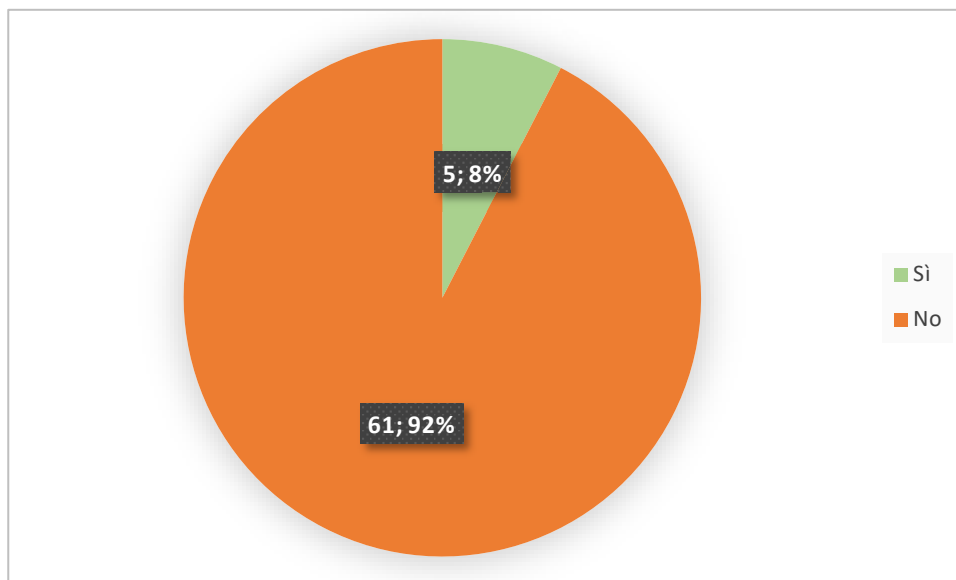


Figura.22 Attività formative. Fonte propria

Domanda n.20: “Conosce la “Scheda per la Valutazione delle Esigenze Immediate della popolazione assistita” anche chiamata SVEI?”

All'interno del campione, 56 professionisti non conoscono la SVEI e rappresentano l'85% (56), mentre il 15% (10) ha risposto di conoscere la scheda di valutazione.

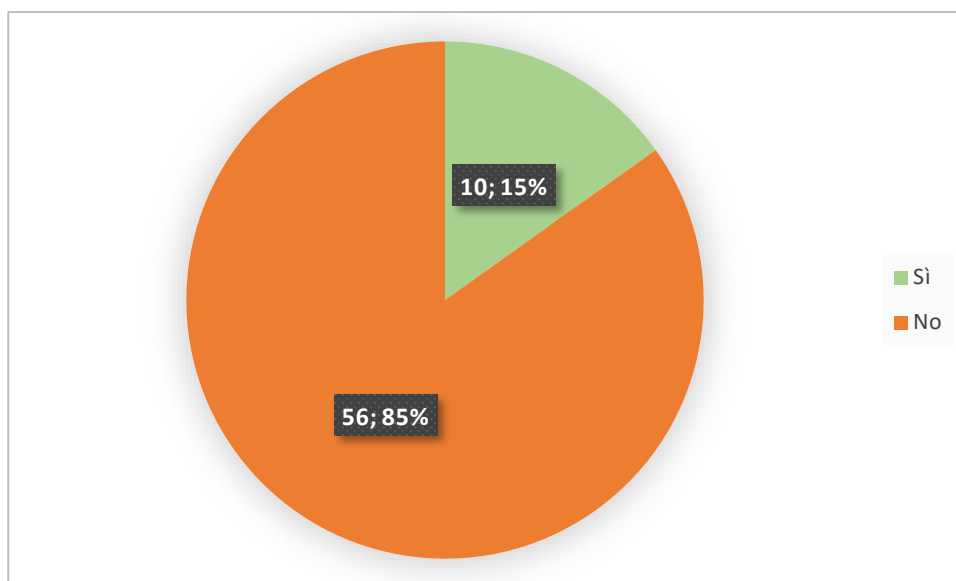


Grafico.23 Conoscenza SVEI. Fonte propria

Domanda n.21: “Conosce altri strumenti per una tempestiva valutazione socio-sanitaria della popolazione vulnerabile, colpita da un disastro?”

Attraverso l’elaborazione, risulta che il 9% (6) degli Infermieri, sia a conoscenza di altri strumenti, oltre la SVEI, in grado di valutare la popolazione colpita da un disastro.

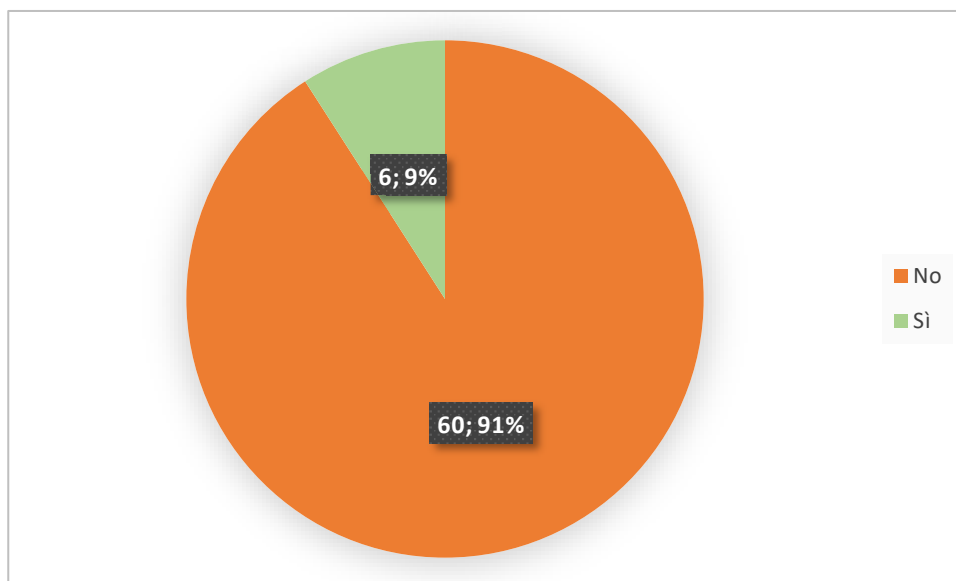


Figura.24 Altri strumenti a conoscenza. Fonte propria

Domanda n.22: “Ha mai svolto attività formative destinate alla conoscenza dell’utilizzo di tale scheda SVEI?”

A questa domanda, l’8% (5) dichiara di aver svolto attività formative per conoscere l’utilizzo della SVEI, il restante 91% (60) al contrario ha risposto “No”. Un infermiere ha affermato, citando su “Altro”, di aver affrontato l’argomento durante il master di formazione.

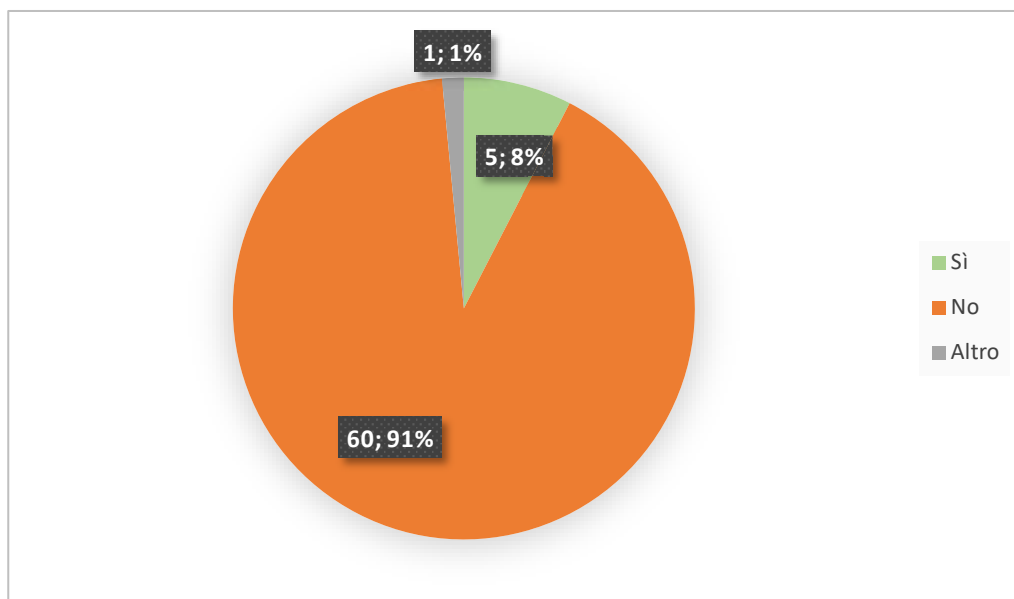


Figura.25 Formazione SVEI. Fonte propria

Domanda n.23: “Ha mai compilato la scheda SVEI nelle strutture preposte per l’accoglienza (area e centri assistenza), nel territorio colpito da un evento emergenziale, come infermiere ASL addetto alle cure domiciliari?”.

I risultati dichiarano che solo 3% (2) degli intervistati ha utilizzato la SVEI, in qualità di Infermiere domiciliare ASL, il restante 97% (64) invece non ha mai utilizzato la scheda in caso di disastro.

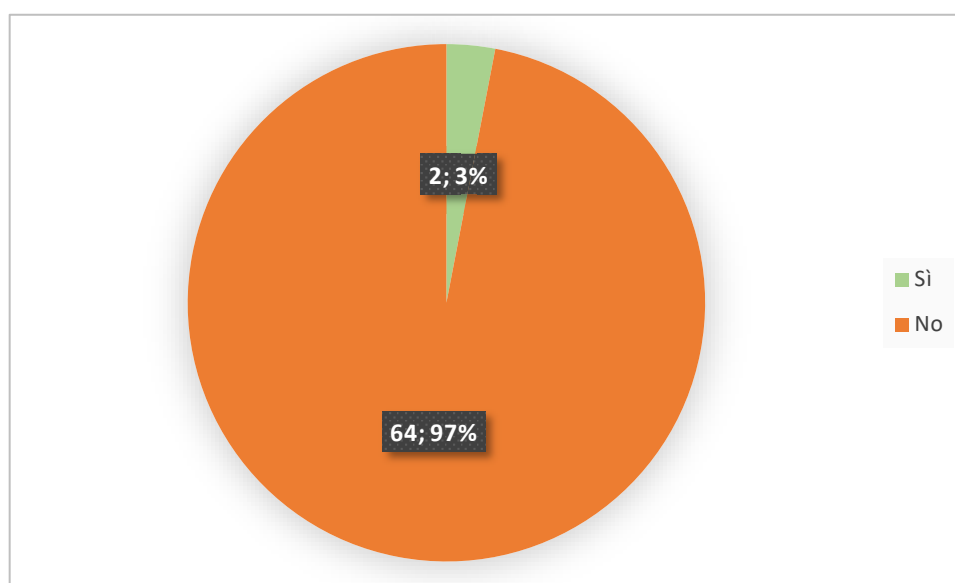


Figura.26 Compilazione SVEI. Fonte propria

Domanda n.24: “Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, durante la compilazione di tale scheda SVEI ha riscontrato delle criticità?”

Una domanda facoltativa che lascia libertà di rispondere a coloro che precedentemente hanno risposto di aver utilizzato la scheda nei centri di accoglienza. Il 100% ha risposto “No”. E successivamente alla Domanda n.25: “Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, quale in particolare?” Nessuno dichiara delle criticità.

Domanda n.26: “Secondo lei, la SVEI è uno strumento valido, in caso di maxi-emergenza, per stabilire tempestivamente il tipo di assistenza ai soggetti con specifiche necessità?”.

Dallo sviluppo dei dati è risultato che molti dei professionisti, 55 in totale, ritiene uno strumento “Molto valido” (19) o “Valido” (36) per la valutazione della popolazione sfollata. Come illustrato anche nel grafico, 11 Infermieri rimangono incerti sulla sua validità.

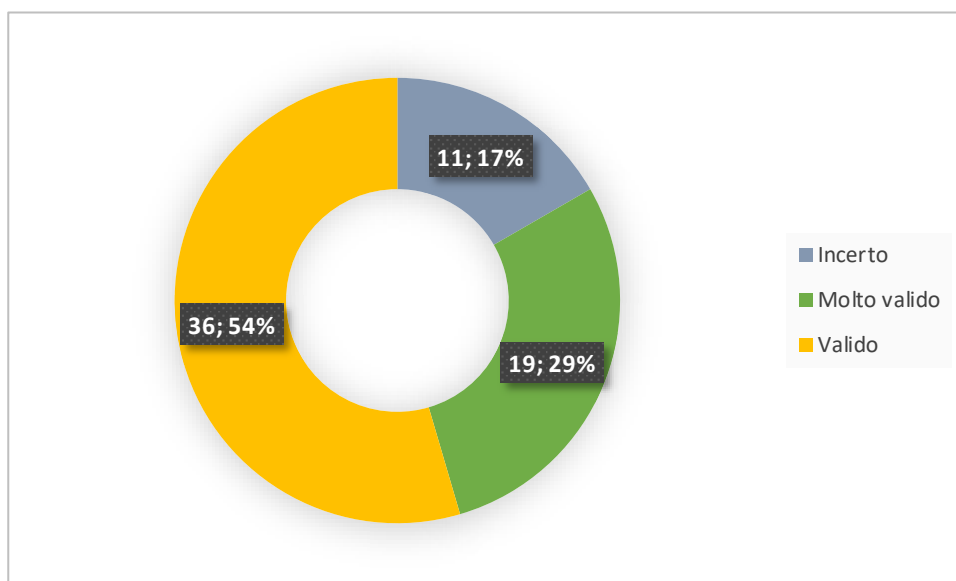


Figura.27 Validità SVEI per i professionisti. Fonte propria

Domanda n.27: “In qualità di Infermiere delle cure domiciliari, nell'eventualità che il suo territorio venga coinvolto da un evento calamitoso, quanto reputa importante l'intervento specifico dell'Infermiere ADI e non di altri colleghi destinato ai soggetti con specifiche necessità:”

1. Nel ristabilire tempestivamente un'assistenza.

Dalla domanda, molti intervistati, più precisamente 64, hanno risposto “Molto importante” (36) o “Importante” (28) il ruolo dell'infermiere ADI nel territorio colpito da un disastro. Solo due professionisti hanno dichiarato che l'intervento specifico del professionista, in tale circostanza, risulta essere incerto o poco importante.

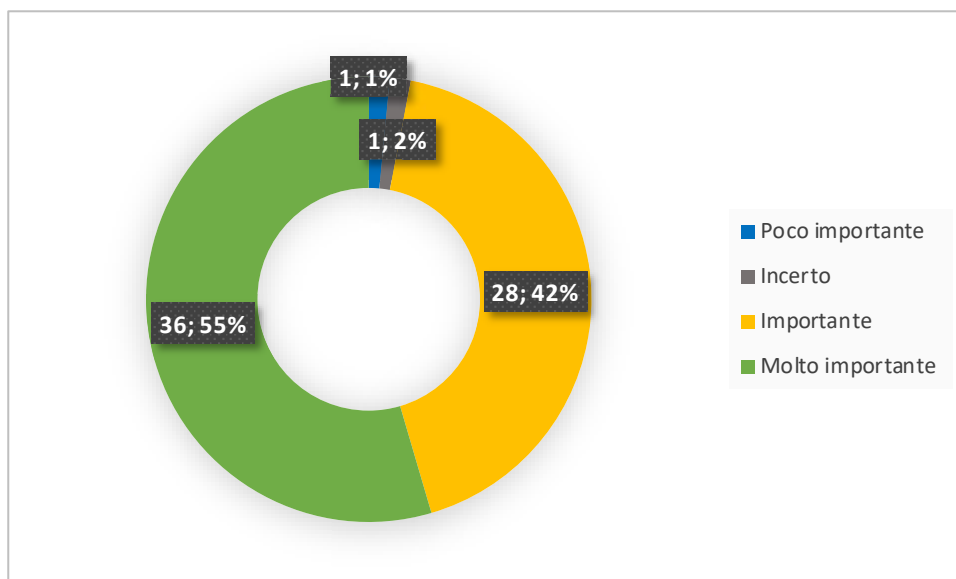


Figura.28 Ruolo nel ristabilire assistenza. Fonte propria

2. Nella scelta di una destinazione alloggiativa più idonea.

Da questa domanda è emerso che la maggior parte, 60 Infermieri, ritengono questo compito “Importante” (31) o “Molto importante” (29), mentre un solo intervistato dichiara di essere un compito poco importante, 5 rimangono incerti.

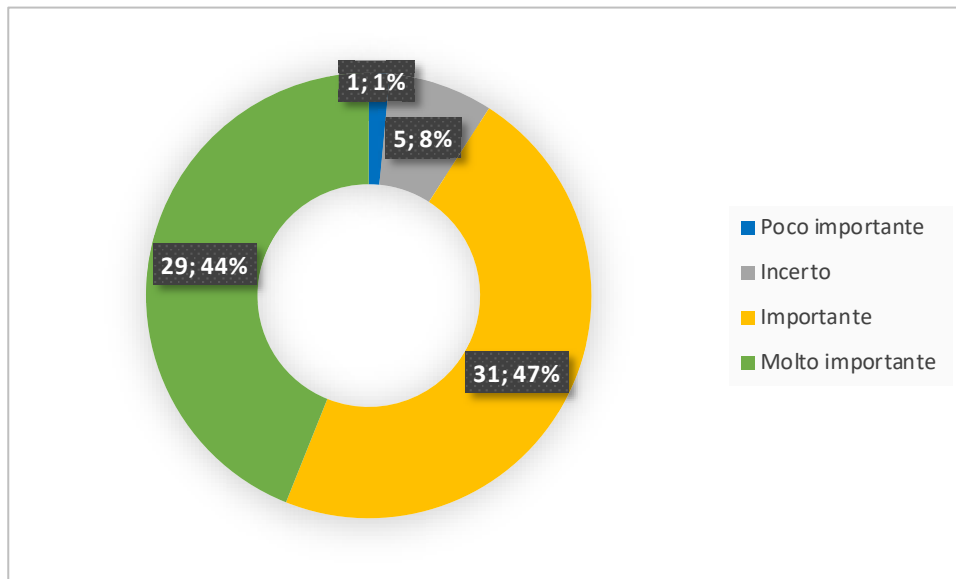


Figura.29 Ruolo nel ristabilire destinazione alloggiativa. Fonte propria

Domanda n.28: “Si prega di scrivere le motivazioni che l'hanno spinto a rispondere alla domanda precedente.” Permette di raccogliere brevi percezioni dei professionisti.

Di seguito vengono riportate 58 risposte su 66 partecipanti all'indagine, 8 dei quali non hanno rilasciato citazioni, raggruppate nelle seguenti tabelle.

Tabella.1 Raggruppamento citazioni. Fonte propria

CITAZIONI	PERCENTUALE	NUMERO ASSOLUTO
<i>INFERMIERI CONSAPEVOLI DEL RUOLO ADI INFERMIERI CONSAPEVOLI DELL'EMERGENZA</i>	68%	45
<i>SENZA RISPOSTA</i>	14%	9
<i>INCERTI</i>	12%	8
<i>NON D'ACCORDO</i>	3%	2
	3%	2

Tabella.2 Percezioni dei professionisti

INTERVISTATI	CITAZIONI
Intervistato 1	Sensazioni.
Intervistato 2	È importante per il bene del paziente e la continuità di cura ristabilire nel minor tempo possibile un'assistenza, trovando una destinazione alloggiativa più idonea.
Intervistato 3	I pazienti che tratto sono estremamente fragili in caso di calamità senza un'adeguata preparazione di questi elementi precedentemente elencati per il paziente stesso sarebbe fatale.
Intervistato 4	I pazienti in adi, in caso di calamità devono essere seguiti dai team multidisciplinari in luoghi sicuri.
Intervistato 5	Non di nostra competenza.
Intervistato 6	Perché conosciamo già i pazienti e le loro necessità.
Intervistato 7	È l'infermiere domiciliare che conosce le patologie e le dinamiche dei pazienti nel territorio.

Tabella.3 Percezioni dei professionisti

INTERVISTATI	CITAZIONI
Intervistato 8	Dipende dal tipo di paziente, quelli con SLA hanno priorità assoluta.
Intervistato 9	Garantire qualità e continuità assistenziali.
Intervistato 10	Perché l'infermiere conosce le esigenze del paziente.
Intervistato 11	Per assicurare le cure più adeguate anche in caso di calamità.
Intervistato 12	Purtroppo, non ero a conoscenza di questa nuova legge grazie a te mi documenterò.
Intervistato 13	Per poter essere realmente di supporto alle famiglie. Gli infermieri ad i non si dovrebbero preoccupare di tutto ciò che non riguardi esclusivamente il paziente.
Intervistato 14	Nonostante la loro criticità e cronicità, i nostri pazienti si devono sentire sicuri sempre in ogni situazione.
Intervistato 15	Non ho capito la domanda.
Intervistato 16	Per la conoscenza del territorio e dei bisogni di salute dei residenti.
Intervistato 17	Per facilitare il lavoro perché noi conosciamo i pazienti.

Tabella.4 Percezioni dei professionisti

INTERVISTATI	CITAZIONI
Intervistato 18	Nel 2016 in un albergo a Loreto sono state inserite famiglie con ragazzi autistici che non potevano stare all'interno di piccoli spazi oltre a persone con disabilità varie, senza professionisti capaci ad assisterli.
Intervistato 19	Molto spesso chi prepara eventuali residenze di accoglienza temporanea non conosce le reali esigenze del paziente (ad esempio SLA).
Intervistato 20	Perché l'infermiere Adi conosce bene il paziente, la situazione sociale e il territorio.
Intervistato 21	Il contesto abitativo ricopre spesso un ruolo importante per l'assistito.
Intervistato 22	Reputo importante sia il coinvolgimento dell'infermiere Adi che di tutto il personale sanitario indistintamente.
Intervistato 23	Perché più vicini alla popolazione.
Intervistato 24	Perché si conosce meglio il paziente e a casa il paziente potrebbe sentirsi meglio curato a casa propria.
Intervistato 25	È importante per salvaguardare la salute del paziente e farlo stare in un ambiente idoneo.

Tabella 5. Percezioni dei professionisti

INTERVISTATI	CITAZIONI
Intervistato 26	Penso che il parere del professionista che conosce a fondo il paziente sia fondamentale.
Intervistato 27	Mi sento responsabile in prima persona dei miei pazienti.
Intervistato 28	Ogni ruolo in campo sanitario ha dovere e responsabilità di agire in caso di necessità.
Intervistato 29	Utile per proteggere i pazienti più deboli.
Intervistato 30	I pazienti fragili vanno comunque assistiti e protetti in luoghi idonei possibilmente senza sradicati dal loro territorio.
Intervistato 31	Molti assistiti sono senza caregiver e vivono soli.
Intervistato 32	Non so cosa sia scheda svei.
Intervistato 33	Ritengo che essere preparati e avere già dei punti di riferimento sia molto utile per ridurre la confusione e dare un'assistenza tempestiva e adeguata.
Intervistato 34	I pazienti molte volte non sono trasportabili o ospedalizzabili, ma necessitano comunque di un'assistenza.
Intervistato 35	L'infermiere in ADI conosce meglio le esigenze dell'assistito, non solo cliniche ma anche le abitudini di vita quotidiana e cercherà di ripristinarle.

Tabella.6 Percezioni dei professionisti

INTERVISTATI	CITAZIONI
Intervistato 36	Penso che sia utile una collaborazione con il sociale.
Intervistato 37	Non conosco il protocollo, e il nostro distretto non ha nessun piano.
Intervistato 38	Garantire la continuità assistenziale.
Intervistato 39	Servono professionisti sempre più competenti.
Intervistato 40	Presa in carico più rapida, maneggevole, possibilità di intervenire su paziente non cosciente/collaborante riducendo il rischio d'errore.
Intervistato 41	È importante ristabilire tempestivamente l'assistenza per evitare il declino delle condizioni cliniche del paziente.
Intervistato 42	In questi giorni di crisi a causa del coronavirus noi infermieri ADI non siamo stati per niente considerati, non siamo stati coinvolti in nessuna iniziativa. Eppure lavoriamo anche noi con pz critici e abbiamo tutti alle spalle grandi esperienze lavorative.
Intervistato 43	Pz fragili vanno protetti.

Tabella.7 Percezioni di professionisti

INTERVISTATI	CITAZIONI
Intervistato 44	Noi infermieri ADI siamo i soggetti che meglio conoscono la situazione sanitaria e sociale degli assistiti.
Intervistato 45	Conosce il territorio e le criticità del paziente.
Intervistato 46	La professionalità infermieristica credo sia centrale anche in questo ambito. Considerare l'infermiere il responsabile del domiciliare credo sia il futuro, per ovviare all'inappropriatezza delle attuali politiche sanitarie.
Intervistato 47	In caso di calamità l'infermiere adi è ovviamente utile in quanto conosce bene sia il territorio sia dove abitano i pazienti e la logistica in generale.
Intervistato 48	Per dare una giusta collocazione e messa in sicurezza del paziente domiciliare.
Intervistato 49	Buon senso
Intervistato 50	Conoscenza dei bisogni prioritari del paziente.
Intervistato 51	L'infermiere domiciliare è colui che meglio conosce la situazione clinica, sociale e alloggiati a di un assistito.

Tabella.8 Percezioni dei professionisti

INTERVISTATI	CITAZIONI
Intervistato 52	Molto spesso certe calamità ci colgono impreparati. Sarebbe utile approfondire questo tipo di metodica e favorire l'utilizzo della scheda SVEI in tutte le regioni italiane.
Intervistato 53	I malati non possono aspettare.
Intervistato 54	Senso di responsabilità verso le persone assistite.
Intervistato 55	Perché credo che sia un'eventualità molto vicina.
Intervistato 56	Per una continuità assistenziale adeguata.
Intervistato 57	Perché l'infermiere ADI è la persona che più conosce il paziente.
Intervistato 58	Dare sicurezza.

CAPITOLO 4 DISCUSSIONE

1. Discussione dei risultati

La prima parte del questionario è finalizzata a descrivere le caratteristiche del campione sottoposto allo studio. Su 66 Infermieri l'82% sono Femmine il 18% è rappresentato dalla popolazione maschile. Di seguito altre informazioni fornite ci permettono di intuire che la maggior parte degli Infermieri, il 76%, ha un'esperienza in assistenza domiciliare nel Distretto che va da minimo di un anno ad un massimo di 10 anni. Le esperienze pregresse sembrano avere una prevalenza per l'area Emergenza-Urgenza, l'area Medica e Chirurgica. Un bagaglio di esperienze sicuramente importante, in quanto i pazienti che richiedono un'assistenza domiciliare hanno caratteristiche eterogenee: pazienti critici con bisogno di respiratori, pazienti con patologie croniche, gestione di drenaggi ecc. L'indagine e l'elaborazione delle risposte, ha permesso di ricostruire la diffusione del questionario nel territorio Nazionale. Le risposte sono provenienti in quasi tutta la nazione, con una maggior concentrazione nella regione Marche, soprattutto provincia di Ancona, seguita dalla Lombardia e dalla Sardegna.

Le domande della seconda parte del questionario sono state utili per conoscere quanti tra i 66 intervistati, si sono trovati a gestire emergenze sanitarie come Infermiere ADI. Solo 11 professionisti si sono trovati a gestire un'emergenza, i quali la maggior parte ha risposto di aver affrontato eventi come terremoti e alluvioni. I risultati confermano che il nostro territorio si trova ciclicamente ad affrontare eventi di grandi dimensioni, soprattutto di origine naturale, coinvolgendo inevitabilmente anche i servizi territoriali. Ricordiamo che questi possono mettere ancora più in difficoltà la popolazione a carico dei servizi domiciliari, in quanto non autosufficienti e molto spesso costretti ad abbandonare il proprio domicilio, costringendoli a stravolgere le proprie abitudini e l'assistenza sanitaria. Non solo gli eventi naturali possono causare un'interruzione dei servizi di assistenza, ma anche altri fenomeni, ad esempio le epidemie, come testimoniato da due professionisti provenienti dalla Lombardia, più precisamente Cremona e Milano, che si trovano a gestire la nuova emergenza sanitaria del 2020, causata dal virus SARS-COV-2. La seconda parte dell'intervista continua e ha raccolto risultati molto interessanti in merito alla preparazione

dei Distretti in caso di un evento emergenziale. Nonostante la maggior parte dei professionisti, ovvero il 97%, ritengono molto utile o utile la presenza di un piano d'emergenza all'interno dei Distretti per garantire la continuità assistenziale, la maggior parte ne sono sprovvisti. Solo il 18% degli Infermieri dichiara di avere un piano d'emergenza che garantisca accoglienza ai propri pazienti che non possono rimanere nel proprio domicilio e solo il 10% testimonia di aver preventivamente individuato strutture dove accogliere i propri pazienti costretti ad evacuare. Questi dati confermano quanto ricercato nella letteratura, ovvero che la maggior parte delle strutture che si occupano delle cure domiciliari, non sono pronte a gestire una catastrofe, in quanto non hanno sviluppato piani d'emergenza adatti e di conseguenza non sono preparati. Nella parte successiva troviamo delle domande che interrogano sulla presenza di piani di preparazione dei pazienti a domicilio e dei loro caregiver, con lo scopo di fornire informazioni educative e di comportamento in caso di evacuazione. Dalle risposte è emerso che il 73% degli Infermieri testimonia che non ci sono piani di preparazione per i pazienti, solo il 12% invece dichiara che nel proprio Distretto esistono questa tipologia di interventi. La domanda seguente chiede a coloro che non hanno a disposizione tali piani nelle strutture, se ritiene utile la loro presenza anche nel loro Distretto. La maggior parte dei professionisti (95%) ha risposto positivamente, solo il 5% rimane incerto sulla loro utilità. Preparare la popolazione vuol dire mettere a conoscenza del rischio, divulgare le norme di comportamento durante uno stato d'emergenza, avere a disposizione sempre un kit di emergenza, una lista dei farmaci che quotidianamente assume, recapiti telefonici a cui fare riferimento, tutto ciò a contribuire ad aumentare l'informazione e la consapevolezza del rischio reale tra la popolazione. A tal proposito la letteratura sottolinea l'importanza dell'auto preparazione (Self preparedness) della popolazione come strategia per affrontare uno stato d'emergenza, soprattutto se composta da soggetti vulnerabili. Cercare di migliorare la risposta ad un evento partendo dalla comunità, nel rispetto di procedure comportamentali, favorendo la resilienza, sono fattori da considerare e che possono migliorare gli esiti sanitari post disastro. A maggior ragione se la popolazione in questione ha delle fragilità, bisogni sanitari, disabilità, specifiche esigenze, malattie croniche oppure bisogno di ventilatori come nel caso dei pazienti in carico alle cure domiciliari, dove la priorità diventa quella di

ripristinare al più presto i servizi di assistenza. Successivamente è stato chiesto agli Infermieri se nel Distretto sono presenti elenchi dei pazienti ADI da utilizzare in caso di emergenza e se presenti Fascicoli Sanitari Elettronici in grado di riassumere la situazione clinica. Meno della metà ha a disposizione un elenco dei pazienti all'interno del Distretto da utilizzare in caso di maxi-emergenza, il 45% e la maggior parte li aggiorna; Il 41% dichiara di non avere a disposizione tali elenchi e il 33% dei Distretti non è dotato di Fascicoli Sanitari Elettronici. L'utilizzo degli strumenti sopracitati può facilitare l'individuazione dei pazienti con bisogni sanitari, la condivisione dei dati, la portabilità delle cartelle cliniche individuali, reperire immediatamente informazioni sia sulle condizioni di specifica necessità che sulle terapie assunte dai cittadini, individuando in maniera tempestiva le priorità assistenziali ripristinando i bisogni sanitari nel più breve tempo possibile, come anche ribadito nella normativa n. 67 del 20-03-2019. Diventa importante all'interno delle strutture domiciliari, sia averli a disposizione, sia aggiornarli per non perdere informazioni cliniche importanti sui pazienti.

La terza sezione del questionario contiene domande che si concentrano a capire quanto siano informati e formati gli Infermieri ADI, riguardo l'argomento. La prima domanda chiede agli intervistati se hanno partecipato ad attività formative finalizzate a definire le linee generali per il loro coinvolgimento in caso di evento emergenziale. A questa domanda il 92% dei soggetti risponde di non aver partecipato ad attività formative di questo genere. La seconda domanda chiede invece se i professionisti conoscono lo strumento di valutazione SVEI, dove solo il 15% ha risposto di conoscerla. Sempre per quanto riguarda la normativa n.67 del 20-03-2019, che oltre a definire i nuovi compiti per gli infermieri all'interno del Distretto introduce l'utilizzo della SVEI, a distanza di un anno dalla sua pubblicazione, l'85% degli Infermieri non conoscono la SVEI e solo l'8% dichiara di aver ricevuto formazione per conoscere il suo utilizzo. La stessa normativa ribadisce che tali attività formative, in merito ai nuovi compiti assegnati e alla conoscenza della SVEI, la quale per il suo coordinamento e la compilazione è responsabile l'infermiere ASL, aspetta a ciascuna regione. I professionisti che dichiarano di aver partecipato ad attività formative di questo genere sono provenienti dalla provincia di Nuoro (Sardegna), Cremona

(Lombardia), Ragusa (Sicilia), Venezia (Friuli-Venezia Giulia) ed in fine in provincia di Ascoli Piceno (Marche). Quanto emerso dall'elaborazione si presuppone che tali regioni si siano adoperate per divulgare i nuovi compiti ai professionisti coinvolgendoli in prima linea durante un disastro e che tali attività devono essere prese in considerazione da tutte le Regioni del territorio. Successivamente è stato chiesto ai professionisti se fossero a conoscenza di altri strumenti per la valutazione della popolazione sfollata. A questa domanda solo il 9% ha risposto di conoscere altri strumenti a supporto della popolazione senza domicilio. In America dopo l'esperienza dell'uragano Katrina nel 2005 è stato sviluppato uno strumento triage per la popolazione con bisogni sociosanitari. L'articolo che lo introduce spiega che questo strumento è stato messo a disposizione da un team di esperti nel campo e di professionisti che si occupano normalmente ad assistere la popolazione fragile e vulnerabile (medici, infermieri e assistenti sociali). Data la sua efficacia dimostrata nei centri di accoglienza gli esperti raccomandano che, in caso di disastro, lo strumento può essere preso in considerazione oppure raccomanda di utilizzare strumenti simili a supporto della popolazione. In Italia è stata creata la Scheda di Valutazione delle Esigenze Immediate, dopo il terremoto in Abruzzo del 2009, la quale molto simile alla scheda triage utilizzata in America, e data la sua validità dal 20-03-2019 è diventata ufficialmente uno strumento triage sociosanitario da utilizzare in caso di eventi calamitosi, insieme ad altri strumenti che aiutano a supportare la popolazione vittima di un disastro. Per approfondire le esperienze e le impressioni degli intervistati, dall'elaborazione delle risposte, è risultato che solo il 3% degli Infermieri ha utilizzato e compilato la scheda SVEI e nessuno di loro ha riscontrato delle criticità durante la compilazione della stessa. Di seguito 55 intervistati su 66 hanno confermato la validità e l'efficacia della SVEI, dichiarando secondo la loro opinione di essere uno strumento "molto valido" o "valido". Solo 11 su 66 persone rimangono incerti sulla sua utilità. Questi dati confermano l'efficacia della scheda nel ripristinare tempestivamente l'assistenza sociosanitaria della popolazione, anche tra i professionisti che operano nel territorio. Per capire invece cosa pensano gli intervistati dei compiti previsti nella compilazione della SVEI, è stato chiesto quanto ritengono importante il loro intervento specifico sulla popolazione con specifiche necessità nel ristabilire tempestivamente un'assistenza e nella scelta della destinazione alloggiativa

più idonea. Tra gli intervistati 6 rimangono incerti su entrambi i compiti assegnati dalla scheda triage sociosanitaria. Solo un intervistato dichiara poco importante il suo coinvolgimento nel ristabilire un'assistenza, mentre un altro dichiara poco importante il proprio intervento nella scelta della destinazione alloggiativa, citando successivamente di non essere di propria competenza. Il resto degli Infermieri, al contrario hanno risposto di avere un ruolo "Molto importante" o "Importante" durante un disastro ad entrambi i compiti, molti dei quali hanno rilasciato impressioni positive, citando che l'infermiere domiciliare può essere di grande aiuto durante una catastrofe, con le sue competenze ed esperienze nel territorio, mettendo in prima linea la salute del paziente. Soprattutto un collega testimonia che nel 2016 in seguito al terremoto che ha colpito il Centro Italia in un albergo a Loreto sono state inserite famiglie con ragazzi autistici che non potevano stare all'interno di piccoli spazi oltre a persone con disabilità varie, senza professionisti capaci ad assisterli, ciò a sottolineare l'importanza della partecipazione dell'ambito sociale in determinate circostanze. Questi risultati confermano ancora una volta che l'emergenza viene percepita in tutti gli ambiti sanitari, non solo dalla medicina d'urgenza. Il ruolo dell'infermiere domiciliare, oltre alla conoscenza della migliore assistenza per il paziente è legato anche in maniera molto stretta alla scelta della destinazione più appropriata in grado di fornire esigenze che la popolazione in questione necessita. Come anche testimoniato dagli intervistati, l'infermiere non si limita a somministrare terapie e assistenza medica, il suo intervento è globale. Conosce la sua situazione sociale e i suoi bisogni sanitari da questo può inevitabilmente, con la collaborazione di altri professionisti, tracciare il percorso più idoneo. Una collega proveniente dalla Lombardia, ad oggi la regione più colpita dall'emergenza sanitaria causata dal virus SARS-COV-2, ha rilasciato un'impressione in merito, dichiarando che l'emergenza che si sta vivendo è percepita molto anche tra gli Infermieri ADI del territorio, i quali, secondo la sua testimonianza, non sono stati coinvolti in nessun tipo di iniziativa, ma ricordando che sono comunque infermieri ed hanno il compito di continuare a somministrare l'assistenza per il bene dei pazienti, talvolta con patologie critiche. Un altro collega afferma che molto spesso questi eventi ci colgono impreparati e dichiara che sarebbe utile divulgare questa metodica, prevista dalla SVEI in tutte le regioni Italiane.

2. Limiti dello studio

Durante la somministrazione del questionario, lo studio ha incontrato dei limiti, in quanto la popolazione presa in esame è di per sé un numero ristretto, la sua diffusione è avvenuta solo tramite piattaforme on line e inoltre non tutti hanno aderito all'indagine, riducendo ancor di più il numero delle risposte. Per questo motivo non è stato possibile diffondere il questionario in tutte le regioni del territorio, lasciando scoperte alcune aree.

CAPITOLO 5 CONCLUSIONI

1. Conclusioni

Dalla letteratura emerge che quando ci si trova a fronteggiare un'emergenza di queste dimensioni, le vittime e i feriti sono minoritari rispetto al numero di persone che necessitano di cure di assistenza primaria, per questo motivo il coinvolgimento di esperti in assistenza territoriale diviene necessario. Nonostante prove chiare che dimostrino le esigenze speciali delle popolazioni vulnerabili durante e dopo un evento calamitoso, queste popolazioni continuano ad essere escluse dalla pianificazione della gestione delle emergenze. I risultati ottenuti dallo studio confermano ciò che viene descritto in letteratura: pochi Infermieri delle cure domiciliari ad oggi sono formati, non tutti sono a conoscenza delle normative sui nuovi compiti assegnati e nemmeno di eventuali piani che li possa coinvolgere durante una catastrofe. Non solo i professionisti ma in base ai dati raccolti nell'indagine, gli stessi Distretti e le regioni di cui ne fanno parte ad oggi non tutti sono pronti in maniera completa a rispondere ad un'emergenza sul territorio. Lo studio ha raccolto anche le impressioni in merito e nonostante gran parte dei professionisti non sono formati a gestire un disastro nel territorio, la maggior parte sono consapevoli del loro ruolo, delle loro competenze, dell'importanza delle loro esperienze sul territorio e quanto sia importante preservare la salute dei pazienti con fragilità. Gli stessi professionisti sono a conoscenza dell'emergenza e ritengono il loro ruolo importante tanto quanto quello degli altri colleghi che operano in altri ambiti sanitari per poter salvaguardare la vita dei loro pazienti. Un aspetto nuovo che fa desumere che nonostante l'enorme coscienza riguardo gli aspetti citati nell'intervista, gli Infermieri delle cure domiciliari talvolta non vengono coinvolti in attività formative che riguardano l'emergenza sanitaria e durante la gestione della stessa. Nel nostro paese esistono anche servizi che si occupano di Assistenza Domiciliare Oncologica, i quali assistono una popolazione più specifica, con malattie terminali di cui hanno bisogno di cure mediche sanitarie continue. Un ampliamento della ricerca in futuro potrebbe includere nel campione anche i servizi ADO oppure servizi di cure domiciliari all'infuori del Distretto Sanitario, per conoscere il loro livello di preparazione, pianificazione e la formazione dei professionisti. Raggiungere una maggior

consapevolezza tra tutti i protagonisti, nessuno escluso, sulla prevenzione, la preparazione e la formazione, le quali sono forme necessarie da sviluppare molto prima che un evento si verifichi, sono interventi fondamentali tanto quanto la fase di risposta ad un disastro per poter limitare i danni. Spero che l'indagine abbia acceso ancor di più la consapevolezza tra gli Infermieri che si sono prestati all'intervista ma soprattutto che questa coscienza possa influenzare anche le strutture in cui vi operano, responsabili della loro formazione. Perché è solo attraverso un'adeguata formazione che si arriva ad una piena consapevolezza riguardo alle modalità e agli strumenti utili per riconoscere e gestire in modo precoce ed efficace un'emergenza ed è solo attraverso l'acquisizione di una piena coscienza che l'Infermiere riuscirà ad affrontare prontamente una situazione di emergenza in modo adeguato e rigoroso.

BIBLIOGRAFIA

- Aldrich N & Benson WF. (2008). Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Prev Chronic Dis*; 5(1). Disponibile da: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0135.htm.
- Baylor College of Medicine, Harris County Hospital District, American Medical Association, Care For Elders & AARP foundation. (n.d). Recommendations for best practices in the Management of Elderly Disaster Victims. Disponibile da: <https://www.bcm.edu/pdf/bestpractices.pdf>
- Banks Laura. (2013). Caring for elderly adults during disasters: improving health outcomes and recovery. *South Med J*. 106(1):94-8. DOI: 10.1097/SMJ.0b013e31827c5157
- Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (12-13 Aprile 2019). Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche. Roma. Disponibile da: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
- Committee on Post-Disaster Recovery of a Community's Public Health, Medical, and Social Services; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine. (2015). *Healthy, Resilient, and Sustainable Communities After Disasters: Strategies, Opportunities, and Planning for Recovery*. Washington (DC): National Academies Press (US); 6, Health Care. Disponibile da: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316524/>
- Daugherty J.D., Eiring H., Blake S. & Howard D. (2012). Disaster Preparedness in Home Health and Personal-Care Agencies: Are They Ready?. Disponibile da: <https://doi.org/10.1159/000336032>
- De Boer, J. (1990). Definition and classification of disasters: Introduction of a disaster severity scale. *Journal of Emergency Medicine*. Disponibile da: [https://doi.org/10.1016/0736-4679\(90\)90456-6](https://doi.org/10.1016/0736-4679(90)90456-6)

- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Disponibile da: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>
- Determina del Direttore Generale ASUR (23 Novembre del 2018), n. 640. Linee di indirizzo ASUR per la gestione delle grandi emergenze sanitarie. Disponibile da: [https://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/ASUR2018/allegati/640DG%20-%20all\(2\).pdf](https://serviziweb.asur.marche.it/ALBI/ASUR2018/allegati/640DG%20-%20all(2).pdf)
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri (7 Gennaio 2019). Impiego dei medici delle Aziende sanitarie locali nei Centri operativi comunali ed intercomunali, degli infermieri ASL per l'assistenza alla popolazione e la scheda SVEI per la valutazione delle esigenze immediate della popolazione assistita. Disponibile da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/03/20/19A01833/sg>
- Dyer C.B., Regev M., Burnett J., Festa N. & Cloyd B. (2008). SWiFT: A Rapid Triage Tool for Vulnerable Older Adults in Disaster Situations. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. Disponibile da: <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181647b81>
- Fernandez L.S., Byard D., Lin C., Benson S. & Barbera J.A. (2002). Frail Elderly as Disaster Victims: Emergency Management Strategies. Prehospital and Disaster Medicine. DOI: 10.1017/s1049023x00000200
- Kyota K., Tsukasaki K. & Itatani T. (2018). Disaster preparedness among families of older adults taking oral medications. Journal Home Health Care Services Quarterly Disponibile da: <https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1517704>
- Lavallo T. Direttore Assistenziale AUSL di Piacenza. (2006). Ruolo della professione infermieristica nell'Assistenza Domiciliare. Disponibile da: <https://www.luoghicura.it/servizi/domiciliarita/2006/09/ruolo-della-professione-infermieristica-nellassistenza-domiciliare/?pdf>
- Marotta N. & Zirilli O. (2015). Disastri e Catastrofi: rischio, esposizione, vulnerabilità e resilienza (pp. 29-35). Ravenna, Maggioli S.p.a.

- Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione generale del LEA e dei Principi etici del sistema & Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (2006): Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_772_allegato.pdf
- Montanari A., Dipartimento della Protezione Civile. Report. (3 Gennaio 2017). Gestione delle emergenze: come funziona la SVEI. Disponibile da: http://www.protezionecivile.gov.it/media-comunicazione/magazine/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/gestione-delle-emergenze-come-funziona-la-svei
- Nakai Hisao. (2016). Factors Related to Evacuation Intentions of PowerDependent Home Care Patients in Japan. Journal of Community Health Nursing. Disponibile da: <https://doi.org/10.1080/07370016.2016.1227213>
- Nunziatini D. (2009). Gestione di Maxiemergenze: Sinergia tra 118 ed associazioni di volontariato del territorio Forlivese (Tesi di laurea in: Infermieristica di area critica, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Bologna, Italia). Disponibile da: https://www.118er.it/romagna/download_NEW.asp?id=416&isZip=0
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Protezione Civile, Servizio Emergenza Sanitaria, Decreto ministeriale del 13 febbraio 2001: Criteri di massima per i soccorsi sanitari nelle catastrofi. Disponibile da: http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/decreto-ministeriale-del-13-febbraio-2001-criteri-di-massima-per-i-soccorsi-sanitari-nelle-catastrofi
- Repubblica di San Marino, Comitato Sammarinese di Bioetica, legge 29 gennaio 2010 n. 34. Bioetica nelle catastrofi. Disponibile da: https://www.aimenet.it/content/index.php?option=com_attachments&task=download&id=177

- Wyte-Lake, Claver M, Griffin A & Dobalian A. (2014). The role of the home-based provider in disaster preparedness of a vulnerable population. DOI: 10.1159 / 000.355.660

ALLEGATI

ID SCHEDA: _____

SEZIONE 2 - COMPETENZE INFERMIERISTICHE

IN CARICO AI SERVIZI

- Assistenza infermieristica domiciliare
 Assistenza Sociale
 SerT (Tossicodipendenze)
 Centro Salute Mentale
 Servizio di Psicologia
 Altre: _____

NOTE INFERMIERISTICHE

Si richiede valutazione medica per visita:

- Prescrizione farmaci quotidiani per patologie croniche
 Pediatrica
 Infettivologica
 Psicologica
 Altre: _____

PATOLOGIE IN CORSO

- Intolleranze Alimentari, Farmaci/Allergie _____
 Nefropatia: _____
 Metabolica: _____
 Cardiopatia: _____
 Respiratoria: _____

- Fistole: _____
 O2 TP: _____

ASSUNZIONE DI FARMACI

- Sì (indicare il nome del farmaco): _____

- Sì (se non ricorda, indicame la funzione): _____

AUSILI PER L'INCONTINENZA

- Catetere vescicale
 Sacchetto per stomia
 Presidi assorbenti

AUSILI PER IL MOVIMENTO

- Sedia motorizzata
 Sedia manuale
 Sistema posturale
 Bastone
 Deambulatore
 Arto artificiale

È POSSIBILE REPERIRE IN LOCO I FARMACI NECESSARI?

SÌ

NO

LA STRUTTURA IN CUI SI TROVA L'ASSISTITO
CONSENTE ADEGUATE POSSIBILITÀ DI GESTIONE
DELLE SUE NECESSITÀ?

SÌ

NO

ALLOGGIAMENTO CONSIGLIATO

- AREA DI ACCOGLIENZA/ABITAZIONE PRIVATA
 ALBERGO

- STRUTTURA SOCIO-SANTARIA (es. RSA)
 OSPEDALE

DA COMPILARE IN CASO DI RIFIUTO ALLA DESTINAZIONE PRESCELTA

- Il/la sottoscritto/a _____
 identificato da documento _____,
 rifiuta il trasferimento presso struttura proposta, assumendosi ogni
 responsabilità in merito.

Data | ____ | ____ | ____ |

Firma leggibile: _____

- La persona rifiuta verbalmente davanti a testimoni la destinazione
 consigliata e rifiuta di firmare il presente documento.

Data | ____ | ____ | ____ |

Firma leggibile compilatore: _____

Firma leggibile testimone: _____

ALLEGATO 2 – SCHEDA SWIFT

SWIFT Level	Explanation	Recommended Predisaster actions
1 Health/mental health priority	Exhibits cognitive impairment, at least one ADL (activities of daily living: eating, bathing, dressing, toileting, walking, continence) impairment and/or has one or more serious untreated medical conditions	Evacuate early rather than late depending on the circumstance. If possible, keep with family member, companion, or caregiver. Gets assistance gathering all assistive devices including glasses, walkers, hearing aids, list of medicine, and names of Dr.(s), family contact phone numbers, and important papers together so that they are accessible.
2 Case management needs	Trouble with instrumental activities of daily living (i.e. finances, benefits management, assessing resources)	Gather, with assistance if necessary, all assistive devices including glasses, walkers, hearing aids, list of medicine, and names of Dr.(s), family contact phone numbers, and important papers together so that they are accessible.
3 Only needs to be linked to family or friends	Needs to maintain contact with family or care providers	Ensure all assistive devices including walkers, glasses, hearing aids, list of medicine, and names of Dr.(s), family contact phone numbers, and important papers are together and accessible.

Current date:		Worker's name:	
Name:		DOB:	
DO YOU HAVE FAMILY OR FRIENDS WITH YOU HERE? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N		Confirmed? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Level 1: <u>Health/Mental Health Priority</u> GOES TO SOCIAL WORK BOOTH IN MEDICAL CLINIC	A. Do you have any of the following medical problems: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diabetes <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Heart Disease <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N High blood pressure <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Memory <input type="checkbox"/> Other Note: B. Do you take medicine? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Do you have your medicine? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If "No," treat as Level 1	C. Do you need someone to help you with: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Walking <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Eating <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Bathing <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Dressing <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Toileting <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Medication administration Any checks, treat as Level 1 Do you use something to help you get around: <input type="checkbox"/> Cane <input type="checkbox"/> Walker <input type="checkbox"/> Wheel Chair <input type="checkbox"/> Bath Bench	
	D. Where are you right now? If Senior cannot or does not answer correctly treat as Level 1	E. Name 3 ordinary items and have them repeat them; for example, "apple, table, penny." 	F. What year is it? If senior cannot/does not answer correctly treat as Level 1
Level 2: <u>Case Management Needs</u> IS REFERRED TO A CASE MANAGER	A. Ask them what their major need is right now.	B. Do you have a plan for where you will go when you leave here? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	C. Income/Entitlements Are you on: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Medicare <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Medicaid <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N SSI <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Social Security <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Food Stamps <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N VA Benefits <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Section 8 housing funds Do you have your documents? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Level 3: Only needs to be linked to family or friends DIRECTED TO RED CROSS VOLUNTEER	A. Family Do you need help to find your family/friends? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	B. Names: Relationship: Location:	WHERE IS THE SENIOR LOCATED?

ALLEGATO 3 – QUESTIONARIO

Gentile collega, sono una studentessa III anno di Infermieristica.

Per il progetto di Tesi, ho prodotto il seguente questionario in forma prettamente anonima, rivolto agli Infermieri addetti alle cure domiciliari che prestano servizio all'interno dei Distretti Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali di tutto il territorio Nazionale.

L'obiettivo è quello di conoscere le percezioni e il ruolo dell'INFERMIERE DELLE CURE DOMICILIARI IN CASO DI MAXI-EMERGENZA.

A tutti gli Infermieri che accetteranno volontariamente di partecipare all'indagine, i dati raccolti saranno elaborati e trasformati in forma totalmente anonima e utilizzati ai fini didattici, per la stesura della Tesi di Laurea in Infermieristica.

Ringrazio anticipatamente per la collaborazione.

* Campo obbligatorio.

Sezione 1 Caratteristiche:

1. Et : *

- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- >60

2. Genere: *

- Femmina
- Maschio

3. Anni di servizio: *

Si prega di indicare solo il numero.

Inserisci la risposta

4. Di quale Regione fa parte il suo Distretto? *

Inserisci la risposta

5. Di quale provincia fa parte il suo Distretto? *

Si prega di scrivere il nome Es: Milano.

Inserisci la risposta

6. Da quanto tempo lavora come Infermiere addetto all'assistenza domiciliare, nel Distretto? * *Es: 2 anni.*

Inserisci la risposta

7. Ha avuto precedenti esperienze lavorative in altre Unità Operative? *

Si prega indicare ES.: U.O. Chirurgia Generale Massimo 2.

Inserisci la risposta

Sezione 2 Infermiere di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)

8. Ha avuto occasione di gestire emergenze sanitarie in qualità di infermiere delle cure domiciliari? *

Per emergenze sanitarie si intendono catastrofi, alluvioni, terremoti ecc..

- Mai
- Una volta
- Più di una volta

9. Se ha risposto “Una volta” o “Più di una volta”, di che emergenza si è trattata?

- Terremoto
- Alluvione
- Maremoto
-

10. Se ha risposto alla domanda precedente si prega di specificare anche l’anno:

11. Durante un'emergenza sanitaria, l'interruzione dei servizi erogati quotidianamente ai pazienti con bisogni socio-assistenziali, può determinare un declino della loro salute.

(Riferimento bibliografico: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23263321>).

Quanto reputa importante un piano di emergenza nel Distretto, per garantire la continuità assistenziale ai pazienti assistiti già in carico al servizio cure domiciliari in seguito ad un evento calamitoso? *

- Molto importante
- Importante
- Incerto
- Poco importante
- Non importante

12. Il suo Distretto è dotato di un piano d'emergenza, per garantire accoglienza ad eventuali pazienti in ADI che non possono rimanere al proprio domicilio? *

- Sì
- No
-

13. Nel suo Distretto ci sono Piani di Preparazione all'Emergenza, rivolti ai pazienti in carico e alle loro famiglie, con lo scopo di fornire norme di comportamento nell'eventualità di un disastro e costretti ad evacuare? *

(Esempio di attività richieste nel piano di preparazione all'emergenza: Una lista aggiornata dei farmaci che assume, kit di emergenza, numeri telefonici da contattare, eventuali necessità sanitarie ecc..)

- Sì
- No
-

14. Se ha risposto "No" alla domanda precedente: Riterrebbe utile anche nel suo Distretto un Piano di Preparazione all'Emergenza rivolto ai pazienti delle cure domiciliari e ai loro caregiver, per prepararli ed educarli in caso di un evento emergenziale?

- Molto utile
- Utile
- Incerto
- Poco Utile
- Non Utile

15. Il suo Distretto ha individuato preventivamente strutture disponibili da utilizzare in caso di calamità, per il trasferimento di pazienti ADI non gestibili a domicilio? *

• Sì

• No

•

16. Il suo Distretto predispose di un elenco dei pazienti in ADI con specifiche necessità, da poter utilizzare in caso di maxi emergenza? *

Per pazienti con specifiche necessità, si intendono pazienti che richiedono specifica assistenza socio-sanitaria.

• Sì

• No

•

17. Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, Il suo Distretto mantiene aggiornato, tale elenco?

• Sì

• No

•

18. Il suo Distretto è dotato di un Fascicolo Sanitario Elettronico, in grado di riassumere la storia clinica dell’assistito e la sua situazione corrente? *

• Sì

• No

•

19. Ha mai partecipato ad attività formative specifiche finalizzate a definire le linee generali per il coinvolgimento degli Infermieri dei Distretti Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali per l'assistenza alla popolazione, in caso di evento emergenziale?

*

- Sì
- No
-

Sezione 3 Scheda SVEI:

Per chi non conosce la scheda SVEI è possibile consultarla ai seguenti link di riferimento:

Link Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/03/20/19A01833/sg>

Link PDF: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2019/03/20/67/sg/pdf>

20. Conosce la “Scheda per la Valutazione delle Esigenze Immediate della popolazione assistita” anche chiamata SVEI? *

- Sì
- No

21. Conosce altri strumenti per una tempestiva valutazione socio-sanitaria della popolazione vulnerabile, colpita da un disastro? *

- Sì
- No
-

22. Ha mai svolto attività formative destinate alla conoscenza dell'utilizzo di tale scheda SVEI? *

- Sì
- No
-

23. Ha mai compilato la scheda SVEI nelle strutture preposte per l'accoglienza (area e centri assistenza), nel territorio colpito da un evento emergenziale, come infermiere ASL addetto alle cure domiciliari? *

- Sì
- No
-

24. Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, durante la compilazione di tale scheda SVEI ha riscontrato delle criticità?

- Sì
- No
-

25. Se ha risposto “Sì” alla domanda precedente, quale in particolare?
Si prega di scrivere il campo e la motivazione.

26. Secondo lei, la SVEI è uno strumento valido, in caso di maxi-emergenza, per stabilire tempestivamente il tipo di assistenza ai soggetti con specifiche necessità? *

Se non la si conosce può consultarla al seguente link. Link PDF:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2019/03/20/67/sg/pdfa>

- Molto valido
- Valido
- Incerto
- Poco valido
- Non valido

27. L'utilizzo della scheda SVEI è coordinato dagli Infermieri dei Distretti Sanitari delle Aziende sanitarie locali, legge n.67 del 20-03-2019.

In qualità di Infermiere delle cure domiciliari, nell'eventualità che il suo territorio venga coinvolto da un evento calamitoso, quanto reputa importante l'intervento specifico dell'Infermiere ADI e non di altri colleghi destinato ai soggetti con specifiche necessità: *

Per "soggetti con specifiche necessità" si intendono pazienti con patologie croniche che richiedono specifica assistenza socio-sanitaria.

- Nel ristabilire tempestivamente un'assistenza. *
 - Molto Importante
 - Importante
 - Incerto
 - Poco importante
 - Non importante
-
- Nella scelta di una destinazione alloggiativa più idonea. *
 - Molto importante
 - Importante
 - Incerto
 - Poco importante
 - Non importante

28. Si prega di scrivere le motivazioni che l'hanno spinto a rispondere alla domanda precedente: *

Breve descrizione delle proprie percezioni.

Inserisci la risposta

RINGRAZIAMENTI

Vorrei dedicare questo spazio a chi, con dedizione e pazienza, ha contribuito direttamente e indirettamente alla realizzazione di questo elaborato. Un ringraziamento particolare va alla mia relattrice Paola Graciotti che mi ha seguito, con la sua infinita disponibilità, in ogni step della realizzazione dell'elaborato, fin dalla scelta dell'argomento. Grazie anche alla mia correlatrice Anna Rita Lampisti per i suoi preziosi consigli e per avermi suggerito puntualmente le giuste modifiche da apportare alla mia tesi.

Ringrazio infinitamente la mia famiglia numerosa partendo da mia madre e mio padre. Senza i loro insegnamenti, il loro supporto ma soprattutto senza la loro pazienza, questo lavoro di tesi non esisterebbe nemmeno. Spero siate orgogliosi di me e del percorso di studi completato con successo, ve ne sarò sempre grata. Soprattutto te mamma, da sempre mi hai insegnato come diventare una donna forte, di dare il massimo in ogni cosa e terminare sempre ciò che si inizia, mai lasciare un lavoro a metà. Grazie anche a questi insegnamenti sono riuscita ad arrivare alla fine di questo percorso pieno di difficoltà superando i miei limiti. Un grazie speciale ai miei 3 fratelli maggiori Alessio, Alessandro e Fausto. Non ci diciamo abbastanza quanto ci vogliamo bene, ma io so quanto è forte il legame fraterno che ci unisce e ci tenevo a dirvi che è anche merito vostro per la donna che oggi sono diventata. La famiglia è numerosa quindi ringrazio tutti a prescindere, da quelli che ci sono sempre stati, come Zio Lamberto, che con una sola telefonata, un messaggio è in grado di farmi ritornare il sorriso anche nei momenti più bui. A quelli che non ci sono più. Mi riferisco alla mia Nonna, Mimma. Per tutta la vita l'ho chiamata così e per me così si chiamerà per sempre. Per me come una seconda mamma. Un esempio di vita, sono certa che in lei erano concentrate tutte le forze della natura, e per tutti i suoi insegnamenti non la dimenticherò mai.

Un grazie speciale al mio amore Luca, ormai per me parte fondamentale della mia vita. Dalla sua determinazione ed ambizione ho imparato molto. Nel corso di questi anni affrontati insieme sei diventato più che un fidanzato, a volte ti sei trasformato in uno psicologo, nella maggior parte dei casi mi sei stato vicino come farebbe un amico. Mi hai seguito in tutto il viaggio sin dall'inizio ed io ho fatto altrettanto con te. Ci siamo supportati

durante gli esami e abbiamo condiviso gioie e dolori insieme, sei riuscito a farmi sorridere nei momenti più bui. Tutto questo per dirti che sei una persona speciale e un fidanzato straordinario. Non ti ringrazierò mai abbastanza per il supporto che mi hai dato e molto probabilmente senza te al mio fianco non ce l'avrei fatta.

Grazie a tutti i colleghi di corso, per avermi sempre incoraggiato fin dall'inizio del percorso universitario, e per questo ci tengo a ringraziare Michela, Rocco, Grazia, Riccardo e Gianmarco.

Per ultimo ma non meno importante, un grazie a tutti i miei amici, alle mie coinquiline, con le quali ho imparato a convivere proprio come in una famiglia, ma soprattutto un grazie speciale alla mia amica Amanda, la mia compagna di viaggio. Ci siamo sempre scelte e tu ci sei sempre stata anche al di fuori del percorso universitario. Grazie per avermi accolto nella tua vita, ma soprattutto nel tuo bar di fiducia. Ti ringrazio per essere stata per me una compagna di banco ideale, una collega con cui condividere tutto ciò che ci capitava nei reparti ma soprattutto perché tu per me sei un'amica speciale. Avrei molte cose da dire sulla persona che sei ma più di tutte tengo a dirti che senza di te questo viaggio non sarebbe stato uguale e così bello.

Dedico questo elaborato a tutti gli infermieri delle cure domiciliari che hanno accettato di partecipare all'indagine grazie alla loro disponibilità e ai loro pazienti che ogni giorno si affidano alle cure di professionisti.