

*Direzione Distretto Media Valle del Tevere
Via G.Matteotti, 123 - Todi
Segreteria tel n. 075/8858246 fax. 075/8858204*

Prot.n. 0093166 / 2024

Todi 17/05/2024

Al Comitato Regionale C.RE.VA.
direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

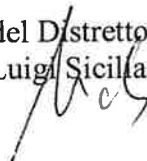
p.c. Al Direttore Sanitario

Oggetto: Piano operativo calore 2024 Distretto MVT

Con la presente si trasmette quanto in oggetto richiesto con nota prot. 2024-0074534 .

Cordiali saluti

Direttore del Distretto MVT
Dott. Luigi Sicilia





USL Umbria1

DISTRETTO MEDIA VALLE DEL TEVERE

TEL. 075/8858246 - 075/8858376

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

www.aslumbria1.it

PIANO CALORE ESTATE 2024

ATTUAZIONE LINEE REGIONALI DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI EFFETTI DEL CALDO SULLA SALUTE

Premessa

Le variazioni climatiche in atto, dovute all'interazione tra fattori naturali e fattori indotti dall'attività umana sono stati considerati un rischio rilevante per la salute.

Gli effetti delle ondate di calore in termini quantitativi sono dipendenti principalmente dalla durata, dall'intensità e dalla subitanità della comparsa delle ondate stesse.

Effetti concomitanti e complicanti sono:

- la mancanza complessiva di adattamento alle alte temperature della popolazione del nostro territorio,
- l'assenza di remissione notturna delle alte temperature,
- alti valori di umidità relativa,
- l'aumento degli inquinanti atmosferici urbani che potenzia gli effetti delle alte temperature.

Le prime ondate di calore, inoltre, risultano le più pericolose.

In considerazione a quanto predisposto dalla Regione Umbria per l'estate 2024 che conferma il Piano regionale per la prevenzione e gestione degli effetti del caldo sulla salute (DGR n. 739 del 23/06/2014)

si adottano alcune scelte specifiche per garantire maggiore efficacia e fattibilità delle azioni nel contesto territoriale di riferimento:

- a) la identificazione dei soggetti esposti al rischio
- b) la sorveglianza giornaliera delle condizioni metereologiche
- c) una forte integrazione tra Comuni ed ASL, nell'ambito degli strumenti territoriali di gestione degli interventi integrati sociali e sanitari, valorizzando l'apporto delle associazioni, del volontariato e del terzo settore

I SOGGETTI DESTINATARI

I soggetti destinatari sono le persone che presentano una condizione di fragilità determinata da condizioni di comorbilità significativa (soggetti interessati da disturbi cognitivi, diabete, malattie dell'apparato cardiovascolare, esiti invalidanti di patologie cerebro vascolari, malattie dell'apparato respiratorio, nefropatie, ecc.) associata ad una condizione di solitudine e/o grave carenza di reti familiari e parentali di riferimento e supporto attivo.

- 1. Anziani con età pari o superiore a 65 anni**
- 2. Neonati ed i bambini al di sotto di 1 anno**
- 3. Soggetti con malattie mentali**
- 4. Soggetti obesi**
- 5. Soggetti portatori di malattie croniche**
- 6. Soggetti che assumono farmaci o sostanze**
- 7. Soggetti confinati a letto**
- 8. Soggetti ospedalizzati**
- 9. Soggetti ricoverati in istituto di cura**
- 10. Soggetti sui quali incidono negativamente fattori socio-economici e di marginalizzazione**

11. Soggetti esposti a condizioni ambientali negative

AMBITO DI APPLICAZIONE

Le indicazioni del presente protocollo operativo sono riferite al **Distretto della Media Valle del Tevere** e costituiscono la continuità con l'esperienza degli anni precedenti..

COORDINAMENTO TERRITORIALE

Direzione del Distretto della Media Valle del Tevere metterà in atto:

- a) modalità di informazione ai Responsabili dei Servizi Territoriali di base e Specialistici, delle Strutture a gestione Diretta coinvolte;
- b) monitoraggio sulla realizzazione in ambito distrettuale del modello organizzativo;
- c) eventuale raccordo con gli interventi attivati negli altri Distretti;
- d) trasmissione dei dati e delle informazioni al livello regionale;

Gruppo Tecnico Centrale

Il Gruppo Tecnico Centrale è un *team multidisciplinare* così composto:

Responsabile Cds Marsciano -Deruta	Dr. Fabrizio Antonini tel 075/8782658
Responsabile Cds di Todi	Dr.ssa Marcella Caramella cell. 3482504584
Capo Sala Cds di Marsciano	Dr.ssa Lea Bruno cell. 3485152069
Capo Sala Cds di Todi	Dr.ssa Marcella Alessandrelli 075/8858359 - 203
Responsabile P.O. Infermieristica di Distretto	Dr.ssa Isabella Tosti cell. 3482887237
Dirigente Medico Direzione MVT	Dr.ssa Anna Tacchio cell. 3482504557
Assistente Sociale P.O. Sociale Distretto	Dr.ssa Incoronata Eletto cell..3485153832

- Funzioni:
 - predisposizione protocollo operativo;
 - interfaccia con il Comune capofila della Zona Sociale n.4 per la predisposizione di eventuali protocolli condivisi;
 - informazioni agli operatori dei servizi, alle associazioni ecc.;
 - analisi delle schede di anagrafe della suscettibilità;
 - collegamenti interni ed esterni;
 - supporto logistico ai servizi territoriali e alle strutture a gestione diretta.

STRUMENTI

- Scheda di segnalazione di soggetti a rischio per ondate di calore (All. 1)
- Scheda integrativa di approfondimento delle condizioni socio-sanitarie dei soggetti segnalati ritenuti maggiormente a rischio (All. 2);

AZIONI

Livello 0 "Normale" fase relativa alla predisposizione delle attività che le Aziende Usl ed i Comuni debbono attuare per poter affrontare i successivi livelli

Direzione Distretto

- Trasmissione scheda di segnalazione ai MMG/PLS, ai Responsabili dei CdS, trasmissione ai CSM, Serv. Età Evolutiva ;
- informazione e distribuzione del protocollo operativo distrettuale ai Responsabili dei CdS .

Gruppo Tecnico Centrale

- Attività di programmazione e coordinamento inerenti gli indirizzi operativi dei tre livelli ;
- Attività di coordinamento con Comune capofila della Zona Sociale n.4 attraverso il Promotore Sociale.

Centri di Salute

- Raccolta delle schede compilate dai MMG e PLS da parte dei Responsabili dei CdS ed invio alla Direzione del Distretto, come previsto dal facsimile adottato.

Livello 1 "Attenzione" fase gestita a livello di Azienda Usl per la predisposizione delle azioni necessarie alle fasi successive

Gruppo Tecnico Centrale

- Attività di sensibilizzazione ed informativa nei confronti di CdS, Servizi specialistici, MMG, PLS, RSA, ai Comuni dell'ambito/ UdC, Centri Diurni, Residenze Protette per anziani;
- Analisi delle schede di anagrafe dei soggetti a rischio pervenute e raccolta di eventuali ulteriori informazioni sanitarie e sociali dei soggetti momentaneamente più bisognosi di attenzione.

Struttura di accoglienza

Predisposizione delle eventuali accoglienze:

- informazione a tutto il personale in servizio;
- quantificazione situazioni in raccordo con il Gruppo Tecnico Centrale;
- preparazione ambiente idoneo, poltrone da riposo per necessità di ordine sanitario.

Livello 2 "Allarme" fase gestita dalla Azienda Usl di sorveglianza e preparazione di eventuali trasferimenti dal proprio domicilio di persone a rischio di salute

Centro di Salute

Operatori: Responsabile Centri di Salute, Coordinatore infermieristico/infermieri, assistenti sociali

- Richiamare l'attenzione dei MMG e PLS sui casi segnalati onde facilitare una sorveglianza attiva dei soggetti maggiormente a rischio
- Raccordarsi con il Gruppo Tecnico Centrale per la preparazione di eventuali collocamenti diurni di persone a rischio

Livello 3 "Emergenza" fase gestita dalla Protezione Civile per la organizzazione e pianificazione della protezione individuale e collettiva TEL. 075/5727510 (sempre attivo)

Struttura USL per accoglienza:

Operatori: Responsabile Struttura, Capo Sala.

Azioni di accoglienza per:

1. Persone con patologie croniche in compenso labile (cardiopatie, broncopenopatie, ecc.);
2. Persone con compromissione delle capacità funzionali e con patologie in compenso labile (cardiopatie, broncopenopatie, ecc.).

Struttura	Respons.	Resp. sanitario	N. posti di accoglienza	Orario	Posti letto	Poltrone da riposo	Trasporto
OdC Marsciano	Resp. Struttura	M.M.G	Max n.4	10,00	n.0	n. 4	Protezione civile
				19,00			
Ospedale di Pantalla	Resp. struttura	M.M.G	Max n.8	10,00		n. 8	Protezione civile
				19,00			

Criteria inerenti l'accoglienza:

- la segnalazione deve pervenire dal Responsabile del CdS competente;
- la persona è tenuta a portare con sé i farmaci della terapia in atto con la prescrizione scritta del MMG;
- il MMG rimane il punto di riferimento per tutte le problematiche di salute della persona accolta.

Centri di Salute

Operatori: Responsabile Centri di Salute, Coordinatore infermieristico/infermieri, assistenti sociali

- Segnalazione alla struttura delle persone che necessitano di accoglienza in accordo con il MMG
- Raccordo con la Protezione Civile per garantire il trasporto dal domicilio alla struttura e viceversa
- Segnalazione al Gruppo Tecnico Centrale degli interventi messi in atto.

**Scheda di segnalazione di soggetti
a rischio per ondata di calore^{1,2}**

Al Responsabile del Centro di Salute di _____
Medico che segnala _____ n. tel. Aziendale _____

Parte anagrafica

Cognome e Nome dell'assistito _____ Età _____
Indirizzo _____ n. tel. assistito _____
Il soggetto vive da solo SI NO
Familiare contattabile SI NO
Se SI Nominativo _____ n. tel. _____

Parte Sanitaria

Presenza di condizioni cliniche ad alto rischio di aggravamento in caso di ondata di calore
(BPCO, cardiopatie, insufficienze vascolari e renali, turbe neurologiche....) SI NO

Parte socio-ambientale

Condizioni abitative inadatte a fronteggiare le ondate di calore: SI NO

Proposta

Intervento integrato con il centro di salute: _____

Altre proposte di intervento: _____

¹ La presente scheda va compilata esclusivamente per segnalare ai Centri di Salute soggetti a rischio attualmente non seguiti in ADI.

² Per chiarimenti contattare i coordinatori delle equipe territoriali e i coordinatori dei centri di salute.

EMERGENZA CALORE ANNO 2024
SCHEDA INTEGRATIVA

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Sesso M F Codice fiscale

Comune di Resid. _____ via _____ N° _____

Tel. _____ Domicilio _____

MMG _____

Familiare o persona di riferimento _____ Tel. _____

DIAGNOSI MEDICA principale _____ _____
concomitanti _____ _____

CONDIZIONI CLINICHE

Stato Cognitivo	<input type="checkbox"/> Nessun problema	<input type="checkbox"/> Deterioramento mentale
	<input type="checkbox"/> Demenza	<input type="checkbox"/> Delirium

Respirazione	<input type="checkbox"/> nessun problema	<input type="checkbox"/> gassosa	<input type="checkbox"/> liquida
	<input type="checkbox"/> O ² terapia		
	<input type="checkbox"/> tracheostomia, tipo di cannula _____		
	<input type="checkbox"/> altro _____		

Funzione cardio-circolatoria	<input type="checkbox"/> rilievo parametri vitali, tipo e frequenza _____
	<input type="checkbox"/> presenza edemi, sede _____
	<input type="checkbox"/> altro _____

Problemi Sensoriali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI specificare _____
----------------------------	--

STATO FUNZIONALE

Alimentazione Idratazione	<input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> nessun problema <input type="checkbox"/> mangia da solo pasti già preparati <input type="checkbox"/> deve essere imboccato <input type="checkbox"/> Enterale <input type="checkbox"/> altro _____
--------------------------------------	---

Funzione urinaria	<input type="checkbox"/> Nessun problema <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> episodica <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/> Presidio per incontinenza <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> condom <input type="checkbox"/> catetere <input type="checkbox"/> Urostomia, tipo di sacca _____
------------------------------	--

Evacuazione intestinale	<input type="checkbox"/> Nessun problema <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> episodica <input type="checkbox"/> permanente <input type="checkbox"/> colo-ileostomia <input type="checkbox"/> irrigazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
------------------------------------	---

Mobilità	<input type="checkbox"/> Nessun problema Deambulazione <input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/> assistita <input type="checkbox"/> impossibile <input type="checkbox"/> Su carrozzina <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/> Impossibilità ad utilizzare arto superiore dominante <input type="checkbox"/> Impossibilità ad utilizzare arto superiore non dominante <input type="checkbox"/> Ausili _____
-----------------	--

Igiene Personale	<input type="checkbox"/> Nessun problema <input type="checkbox"/> Con aiuto parziale <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
-------------------------	---

Vestirsi	<input type="checkbox"/> Nessun problema <input type="checkbox"/> Con aiuto parziale <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
-----------------	---

Terapia in atto	Farmaco _____ via somm. _____ posologia _____
	Farmaco _____ via somm. _____ posologia _____
	Farmaco _____ via somm. _____ posologia _____
	Farmaco _____ via somm. _____ posologia _____
	Farmaco _____ via somm. _____ posologia _____

ALTRO	
--------------	--

Per il Gruppo Tecnico Centrale:

Medico _____

Assistente Sociale _____

Infermiere Professionale _____