



Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1  
www.aslumbria1.it

**DISTRETTO SANITARIO N. 2 DELL'ASSISANO**

Via del Tabacchificio 14- Bastia Umbra

[distretto2@ausl2.umbria.it](mailto:distretto2@ausl2.umbria.it)

n. tel. 075/8139514-516 – fax n. 075/8139520

Prot. n.

Bastia Umbra li

- Al Direttore Generale Usi Umbria 1
- Alla Regione dell'Umbria  
Direzione regionale Salute, Welfare,  
Organizzazione e Risorse Umane
- All'Ufficio Coordinamento S. Sociali
- Ai Dirigenti Medici Palazzo della  
Salute – Dr. Pierluigi De Angelis e  
Drsa Annamaria Gentili
- Alla Direzione Sanitaria del Presidio  
Ospedaliero di Assisi
- Al Responsabile SREE
- Al Responsabile SERT
- Al Responsabile CSM
- Alla Direzione Sanitaria R.P. "A Rossi"
- Alla Direzione Sanitaria "Istituto  
Serafico
- Al Comune di Assisi- Comune  
Capofila Zona Sociale 3  
LORO SEDI


Oggetto: Piano calore 2017

Si trasmette, in allegato, il piano di cui all'oggetto redatto dal Distretto Sanitario 2 Assisano.

Si porgono distinti saluti

Cordiali Saluti

Il Direttore Distretto Sanitario Assisano  
Drsa M. Gigliola Resignoli

Servizio Sociale Distrettuale  
P.O. Sociale distrettuale:   
Marina Sonno ([marina.sonno@uslumbria1.it](mailto:marina.sonno@uslumbria1.it))

## Azienda Usl Umbria n.1

### Distretto n.2 dell' Assisano

# Protocollo operativo per l'Emergenza Calore ESTATE 2017

## **I SOGGETTI DESTINATARI**

I soggetti destinatari sono le persone che presentano una condizione di fragilità determinata da condizioni di comorbidità 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. *Gli anziani con età superiore a 64 anni*
2. *I neonati ed i bambini al di sotto di 1 anno*
3. *Le persone con problemi psichiatrici*
4. *Le persone obese*
5. *Le persone giovani e adulte che presentano una condizione di comorbidità significativa*
6. *Le persone che assumono farmaci o sostanze in grado di modificare la percezione del calore o la termoregolazione*

## **AMBITO DI APPLICAZIONE**

Le indicazioni del presente protocollo operativo sono riferite al **Distretto n. 2 dell' Assisano.**

## **COORDINAMENTO TERRITORIALE**

**Direzione del Distretto dell'Assisano** 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) raccordo con gli interventi attivati negli altri Distretti
- d) formalizzazione protocollo operativo con Comune capofila di Ambito
- e) trasmissione dei dati e delle informazioni al livello regionale;

## **Gruppo Tecnico Centrale**

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

Coordinamento: P.O. Sociale Distretto

Responsabile infermieristica di Distretto

Dr.ssa Marina Sonno

Dr.ssa Antonella Brufani

Il Dirigente Sanitario del Palazzo  
della Salute di Bastia Umbra

Dr. Pierluigi De Angelis

Funzioni:

predisposizione protocollo operativo  
interfaccia con il Comune capofila di Ambito per la predisposizione di protocolli condivisi  
diffusione materiale per campagna informativa  
informazioni agli operatori dei servizi, alle associazioni ecc  
analisi delle schede di anagrafe della fragilità  
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
- Scheda integrativa di approfondimento delle condizioni socio-sanitarie dei soggetti segnalati ritenuti maggiormente a rischio

### **AZIONI**

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

#### Direzione Distretto

- Trasmissione scheda di segnalazione ai MMG/PLS attraverso i Responsabili dei CdS, trasmissione ai CSM, Serv. Età Evolutiva, Coordinatori U.M. V. (UVG, UMVDa, UMVee)
- informazione e distribuzione del protocollo operativo distrettuale ai Responsabili dei CdS

#### 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
- azioni di coinvolgimento attivo delle associazioni di volontariato presente nel territorio

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

#### Gruppo Tecnico Centrale

- 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

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

**CdS :**

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:**

**Accoglienza:** (concordato con i Comuni della Zona Sociale 3) presso "Sala Riunioni" del Palazzo della Salute di Bastia Umbra – locale con spazio adeguato e dotato di aria condizionata.

**Criteri 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

**Assistenza domiciliare tutelare**

**Operatori:** M.M.G., gruppo tecnico centrale, U.M.V. competente, assistente sociale della zona sociale

Eventuale attivazione di ore di assistenza domiciliare tutelare finalizzate alla sorveglianza ed assistenza di persone in condizione di non autosufficienza che possono comunque permanere, secondo la valutazione sanitaria e sociale, nel contesto di vita abituale.

**CdS**

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 le associazioni convenzionate con i Comuni della Zona Sociale 3 per garantire il trasporto dal domicilio alla struttura e viceversa
- Segnalazione al Gruppo Tecnico Centrale degli interventi messi in atto.

**Trasporto**

Organizzato dai Comuni della Zona Sociale 3

Il Direttore Distretto Assisano  
Dr.ssa M. Gigliola Rosignoli

P.O. Sociale Distretto Assisano  
Dr.ssa A.S. Marina Sonno

**Allegato 1)**

**Scheda di segnalazione di soggetti  
a rischio per ondata di calore <sup>1,2</sup>**

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: \_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> Per chiarimenti contattare i coordinatori delle equipe territoriali e i coordinatori dei centri di salute.



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

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

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

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

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

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

<b>Terapia in atto</b>	Farmaco _____ via somm. _____ posologia _____
	_____
	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** \_\_\_\_\_