

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA CITTA' DI MILANO

SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA

PIANO DI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E IL CONTENIMENTO DEGLI EFFETTI SULLA SALUTE UMANA DEGLI ECCESSI DI CALDO ESTIVO - 2007

Introduzione

Le finalità di un Piano di sanità pubblica per la prevenzione e il contenimento degli effetti indesiderati degli eccessi di caldo estivo sulla salute umana sono:

- fornire definizioni condivise delle esposizioni, degli effetti, delle procedure operative e di ogni altro aspetto correlato agli eventi di cui si tratta per uniformare il linguaggio e la comprensione da parte di tutti gli attori del Piano stesso;
- identificare nel modo più preciso possibile la popolazione – e i suoi sottoinsiemi definiti in base al rischio – destinataria degli interventi;
- stabilire un piano di monitoraggio delle condizioni climatiche e le soglie che determinano il passaggio dalla condizione ordinaria a quella di pre-allarme e di allarme;
- identificare tutti gli attori istituzionali che partecipano al Piano, definire le modalità di relazione tra gli stessi e stabilire il ruolo di ciascuno;
- predisporre protocolli operativi di ciascuna attività pianificata avendo ogni volta cura di dettagliare chi è preposto all'esecuzione di ogni singola attività e quando ricorrono le condizioni per iniziare l'attività stessa;
- identificare l'ente a cui compete il compito di stabilire lo stato d'emergenza e dirigere le operazioni previste dai protocolli di attività e svolte da ciascun attore partecipante al Piano;
- predisporre un sistema di valutazione mediante indicatori di efficacia e di efficienza del Piano.

Il clima estivo può essere causa di danni – a volte gravi – alla salute umana anche quando non raggiunge condizioni estreme. L'efficacia della risposta adattativa dell'organismo umano è funzione, infatti, di numerosi fattori esogeni (subitaneità della variazione climatica, perdurare delle

condizioni avverse, caratteristiche dell'ambiente abitativo, etc.) ed endogeni (condizioni morbose croniche concomitanti, stato di deprivazione sociale ed economica, capacità di comunicare i propri bisogni, etc.). Per tener conto della grande variabilità soggettiva della soglia oltre la quale si manifestano gli effetti indesiderati sulla salute è opportuno che ogni Piano sia articolato in due diverse sezioni: a) le azioni preventive aspecifiche da porre in essere sul lungo periodo e agli inizi della stagione estiva e da mantenere fino alla fine del mese di agosto; b) le azioni preventive e di contenimento degli effetti del caldo estivo da porre in essere nei giorni immediatamente precedenti il superamento di un valore soglia predefinito e da mantenere per l'intera durata delle condizioni climatiche avverse. Questo secondo gruppo di azioni – da attivare quando è previsto l'arrivo imminente di onde di calore – è, a differenza del primo, molto specifico sia in relazione all'erogatore sia in relazione al beneficiario dell'azione.

Il Sistema di monitoraggio climatico

Il Dipartimento della Protezione Civile presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha istituito per il 2006 un *Sistema Nazionale di Allarme per la Prevenzione dell'Impatto delle Onde di Calore* che consiste nell'invio ai *Centri Locali* di riferimento di un bollettino quotidiano – dal 15 maggio al 15 settembre– di previsione per lo stesso giorno e i due giorni successivi delle condizioni climatiche che, sulla base dell'analisi di una lunga serie storica di informazioni, sono risultate essere associate ad un aumento della mortalità nella popolazione generale. I Centri Locali operativi sono 7 e tra questi è incluso quello di Milano. Ciascuno dei tre giorni considerati da ogni bollettino è qualificato con uno di quattro livelli crescenti di rischio:

livello 0: *le condizioni climatiche previste non sono associate ad incrementi di rischio per la salute umana;*

livello 1: *le condizioni climatiche previste sono sfavorevoli ma il rischio di effetti negativi per la salute umana è moderato;*

livello 2: *le condizioni climatiche previste sono molto sfavorevoli e il rischio di effetti negativi per la salute umana è alto;*

livello 3: *le condizioni climatiche previste sono molto sfavorevoli e perdurano da due o più giorni; è in corso un'onda di calore ad alto rischio per la salute umana.*

Il Centro Locale di riferimento per Milano è la locale sezione della Protezione Civile che ogni giorno del periodo estivo (dal lunedì al sabato) entro le h. 11.00 trasmette per posta elettronica il bollettino alla ASL Città di Milano – Servizio di Epidemiologia (epi_hhwws@asl.milano.it). La ASL, ogniqualvolta il livello di allarme è ≥ 2 in uno qualsiasi dei tre giorni considerati, inoltra entro

le h. 12.00 il bollettino agli ospedali cittadini e agli altri attori del Piano che, in caso di emergenza, è previsto che svolgano un'azione; l'invio da parte della ASL continuerà nei giorni successivi fino al primo giorno in cui ogni livello riportato sul bollettino sarà < 2.

Definizione della popolazione a rischio

Gli accordi tra il Ministero della Salute, la Regione Lombardia e l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione in via sperimentale nella città di Milano del progetto denominato *Sperimentazione di un Piano per la Comunicazione del Rischio di Emergenza per la Popolazione Anziana nella Regione Lombardia* prevedono l'allestimento di un registro degli anziani fragili, definiti come tutti i soggetti di età superiore a 75 anni che vivono da soli. Il registro è strutturato in modo da consentire la disaggregazione della popolazione fragile così definita in sottogruppi a rischio crescente di danni alla salute in occasione di anomali innalzamenti della temperatura climatica. Per la identificazione di tali sottogruppi sono indicate negli accordi le seguenti variabili:

- *instabilità clinica* (ricoveri recenti, accessi al Pronto Soccorso);
- *isolamento sociale* (mancanza o assenza prolungata di persone prossime, barriere architettoniche o relazionali);
- *regolare utilizzo di alcuni farmaci*.

Sono stati identificati sull'anagrafe del Comune di Milano 157.903 **soggetti di età superiore o uguale a 75 anni** che risultano essere vivi al 01.05.2007. Di seguito è riportata la distribuzione per genere e per classi d'età dei soggetti identificati.

<i>Classe di età</i>	<i>Genere</i>		<i>Totale</i>
	Donne	Uomini	
75-79	39.729	26.525	66.254
80-84	31.396	17.158	48.554
85-89	19.031	8.293	27.324
90-94	8.786	2.653	11.439
95-99	3.208	677	3.885
≥100	388	59	447
Totale	102.538	55.365	157.903

La presenza di alcune centinaia di soggetti ultracentenari (n = 447) merita una verifica per escludere problemi di aggiornamento dell'anagrafe comunale, ma tale questione è marginale rispetto agli obiettivi del presente Piano.

In attesa di poter utilizzare archivi costruiti *ad hoc* dal Comune di Milano per la caratterizzazione dei soggetti che vivono da *solì* o che si trovano in condizione di *isolamento sociale*, l'identificazione dei soggetti *solì* è avvenuta rilevando i codici di famiglia dei 157.903 soggetti di età ≥ 75 anni e isolando quelli appartenenti a nuclei familiari di numerosità = 1. Sono stati così identificati **75.117 soggetti di età ≥ 75 anni, *solì***.

La validità della fonte '*codice di famiglia*' per il riconoscimento dei soggetti *solì* è stata controllata esaminando le risultanze di *stato civile* dei **75.117** soggetti identificati con la prima procedura. La tabella successiva mette in evidenza una corrispondenza del 95 % delle due fonti informative.

<i>stato civile</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N cum.</i>	<i>% cum.</i>
coniugato/a	4.000	5,3	4.000	5,3
divorziato/a	39	0,1	4.039	5,4
libero/a di stato	2.989	4,0	7.028	9,4
nubile/celibe	12.650	16,8	19.678	26,2
vedovo/a	55.398	73,7	75.076	99,9
ignoto	41	0,1	75.117	100,0

Per il momento è stata ritenuta più affidabile la fonte '*codice di famiglia*' e quindi sono stati mantenuti nell'elenco i 4.000 soggetti che risultano coniugati.

La distribuzione dei medici di medicina generale per numerosità dei soggetti fragili da loro assistiti è riportata nella tabella seguente:

<i>soggetti fragili assistiti</i>	medici		assistiti	
	n	%	n	%
1-30	123	12,5	2.246	3,0
31-60	309	31,5	14.445	19,2
61-100	425	43,3	33.013	43,9
100-155	124	12,6	14.246	19,0
RSA della ASL Città di Milano			3.452	4,6
RSA non della ASL Città di Milano			1.150	1,5
MMG altra ASL			651	0,9
Non identificati			5.914	7,9
Totale	981		75.117	

Non si dispone allo stato attuale di informazioni sull'*isolamento sociale* (mancanza o assenza prolungata di persone prossime, barriere architettoniche o relazionali) così come definito negli accordi precedentemente menzionati. Fino a quando non sarà possibile accedere a fonti informative più specifiche è stata ritenuta adeguata - come *proxi* della condizione di deprivazione economica -

la residenza in un sezione di censimento il cui reddito mediano è inferiore a 11.000 euro. Sono risultati quindi essere di **età \geq 75 anni, soli e deprivati 16.322 soggetti**.

In uno studio multicentrico commissionato dalla Protezione Civile – e al quale questa ASL partecipa – per la caratterizzazione dei soggetti suscettibili di morte in occasione dell'esposizione a temperature climatiche eccezionalmente elevate, sono stati esaminati i decessi occorsi nel periodo estivo a Milano, Bologna, Torino e Roma tra il 1999 e il 2003. I risultati preliminari indicano che le seguenti condizioni morbose aumentano significativamente il rischio di morte in occasione delle onde di calore:

<i>Condizione clinica</i>	<i>ICD-9</i>
1. Malattie delle ghiandole endocrine e degli elettroliti:	240 – 246; 250; 276
2. Disturbi psichici e malattie neurologiche:	290 – 299; 300.4, 301.1, 309.0, 309.1, 311; 342 – 344; 330 – 341; 345 – 349
3. Malattie cardio- e crebro-vascolari:	394.0 – 397.1, 424, 746.3 – 746.6; 093.2; 401 – 405; 410 – 417; 426 – 428; 430 – 438
4. Malattie polmonari croniche:	490 – 505
5. Malattie del fegato:	570 – 572
6. Insufficienza renale:	584 – 588

Sono stati perciò esaminati i ricoveri ospedalieri del 2006 e dei primi 2 mesi del 2007 dei **75.117** soggetti considerati per identificare quelli che sono stati trattati in regime di ricovero per almeno uno dei sei raggruppamenti di condizioni morbose sopra elencati. È emerso - come atteso considerata l'età avanzata – che **15.800 soggetti sono di età \geq 75 anni, soli e malati**.

Al fine di meglio caratterizzare la presenza di patologie croniche rilevanti è stato utilizzato anche il file delle esenzioni identificando tutti i soggetti che presentassero almeno uno dei seguenti codici di esenzioni. È emerso che **28.205 soggetti sono di età \geq 75 anni, soli e con almeno una condizione di esenzione**.

Esenzione	Codice
Malattie delle ghiandole endocrine e degli elettroliti:	013; 0024; 027.243; 027.244
Disturbi psichici e malattie neurologiche:	017; 038; 029; 046; 0028; 0028; 0051; 0051; 0049; 011; 044
Malattie cardio- e crebro-vascolari:	002.394; 002.395; 002.396; 002.397; 002.V42.2; 002.V42.3; 002.V42.7 002.414; 021; 002.416; 002.417; 002.426; 002.427; 002.433; 002.434; 002.437

	002.441.2; 002.441.4; 002.441.7; 002.441.9; 002.447.1; 002.557.1; 002.442; 002.444 002.453; 002.452031; 0037; 003 007; 024; 0035; 0036; 0036
Malattie polmonari croniche:	
Malattie del fegato:	008; 016; 0019; 0020; 0021; 0026; 0027
Insufficienza renale:	023; 0033

Assumendo una definizione di soggetto malato come chi ha avuto ricoveri recenti per patologie croniche o è esente per patologia **36.162** soggetti sono risultati di **età \geq 75 anni, soli e malati**.

Sono state identificate tutte le prescrizioni farmaceutiche erogate nel corso del 2006 a favore dei **75.117** soggetti considerati. Utilizzando la classificazione ATC sono state selezionate, da queste, le prescrizioni di farmaci che contengono i principi attivi di seguito elencati. È noto, infatti, dalla letteratura che tali principi attivi, pur con diversi meccanismi di azione (aumento del metabolismo basale; inibizione della conduzione nervosa sensitiva periferica, azione di depressione centrale dei centri cognitivi, dei centri regolatori della sete e della termoregolazione; etc.), inibiscono la risposta omeostatica alle elevate temperature ambientali, determinando un incremento di rischio. La tabella seguente riporta in maniera dettagliata i principi attivi selezionati suddivisi per categoria farmacologica.

Gruppo farmacologico	Principio attivo
Antiepilettici	Fenobarbital
Antiparkinsoniani	Biperidene, levodopa + carbidopa, levodopa/ benserazide, levodopa/carbidopa, melevodopa, orfenadrina, entacapone
Antitrombotici	acido acetilsalicilico, acido acetilsalicilico/magnesio idrossido/algeldrato, clopidogrel, lisina acetilsalicilato, ticlopidina
Antivirali	Betaxololo
Betabloccanti e altri diuretici	acebutololo, atenololo, bisoprololo fumarato, carvedilolo, celiprololo, labetalolo, metoprololo, nebivololo, pindololo, propranololo, sotalolo, timololo maleato
Cardiovascolari	Isosorbide di nitrato, isosorbide mononitrato, nitroglicerina, pentaeritritile tetranitrato
Corticosteroidi	beclometasone, fluticasone
Diuretici	clortalidone, furosemide, idroclorotiazide, indapamide, metolazone, torasemide
Farmaci per BPCO	beclometasone, beclometasone/salbutamolo, fenoterolo/ipratropio bromuro, flunisolide, fluticasone ipratropio bromuro, salbutamolo, salbutamolo solfato/flunisolide, salbutamolo/ipratropio bromuro, salmeterolo salmeterolo/fluticasone
Antidiabetici	clorpropamide, clorpropamide/fenformina, clorpropamide/metformina, glibenclamide, glibenclamide/fenformina glibenclamide/metformina, gliclazide, glimepiride, glipizide, gliquidone, insulina aspart, insulina lispro da dna ricombinante, insulina umana, insulina zinco umana hm sospensione composta, insulina zinco umana da dna ricombinante, metformina, pioglitazone, rosiglitazone

Ipolipemizzanti	atorvastatina, fluvastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina
Calcioantagonista con proprietà antistaminiche	Flunarizina
Psicoanalettici	donepezil, galantamina, rivastigmina
Psicolettici	aloperidolo, alprazolam, amisulpride, bromazepam, bromperidolo, clorpromazina, clotiapina, clozapina delorazepam, diazepam, dixirazina, flufenazina, levomepromazina, lorazepam, midazolam, olanzapina, periciazina, pimozide, pipamperone, quetiapina, risperidone, sulpiride, tiapride, tioridazina, trifluoperazina zolpidem, zuclopentixolo
Terapia tiroidea	levotiroxina, levotiroxina sodica, liotironina

La disaggregazione della popolazione per livelli di rischio crescenti è da considerare un'operazione empirica soggetta a continue revisioni ogniqualvolta diventino disponibili fonti informative che permettono una valutazione più fine delle effettive condizioni di rischio dei singoli soggetti. Allo stato attuale vengono indicati quattro livelli crescenti di rischio della popolazione anziana:

1. *rischio basale*: soggetti di età ≥ 75 anni e *soli*. Nessuno dei soggetti compresi in questo livello è anche *deprivato* o *malato*;
2. *rischio intermedio*: soggetti di età ≥ 75 anni e *soli* che sono anche *deprivati* o *malati non sottoposti a trattamento farmacologico cronico con principi attivi a rischio (non trattati)*
3. *rischio alto*: soggetti di età ≥ 75 anni e *soli* che sono *malati e trattati* o *malati e deprivati*.
4. *rischio molto alto*: soggetti di età ≥ 75 anni e *soli* che sono *malati, trattati e deprivati*.

I **75.117** soggetti sono ripartiti nelle quattro fasce di rischio ripulite degli ultimi decessi occorsi e non ancora presenti sulla base dati anagrafica per cui la popolazione è composta da **74.581** **sogetti** e – considerata la modificazione d'effetto prodotta dall'età – anche in classi quinquennali d'età secondo quanto indicato nella tabella seguente:

<i>Classe di età</i>	<i>Livello di rischio</i>				<i>Totale</i>
	basale	intermedio	alto	Molto alto	
75-79	6537	8667	7303	2049	24556
80-84	5906	8345	7293	1853	23397
85-89	3657	5832	5166	1320	15975
90-94	1836	2918	2355	537	7646
95-99	742	1108	716	139	2705
100+	105	127	60	10	302
Totale	18783	26997	22893	5908	74581

aggiornata rispetto allo stato in vita dei soggetti al 1/06/2007

Matrice dell'assistenza

La popolazione anziana è destinataria di numerosi e variegati interventi di assistenza sociale e sanitaria dei quali hanno la titolarità il Comune, la ASL e la Fondazione don Gnocchi. Sono stati resi disponibili alcuni degli archivi nominativi che sono alla base delle attività di assistenza erogate da questi tre enti. Mediante procedure di *record-linkage* è stato possibile identificare i soggetti che, tra quelli a rischio, già beneficiano di contatti personali con operatori sociali o sanitari e per i quali sarà possibile personalizzare l'intervento di assistenza, tenendo conto di questa condizione di favore. Un risultato altrettanto importante di questa procedura di *linkage* è il riconoscimento di quei soggetti che, pur essendo in una delle tre fasce di rischio non sono inseriti in programmi di assistenza diretta sociale o sanitaria; per queste persone è necessario allestire protocolli di intervento *ad hoc* in caso di emergenza. Nella tabella seguente sono riportati i programmi di assistenza dei quali si ha conoscenza raggruppati per ente gestore e il numero di cittadini che ne beneficiano:

Comune	N.
Teleassistenza	4.587
Servizio di Assistenza Domiciliare	5.282
Centri Socio Ricreativi	14.489
Portierato sociale	18.502
Azienda Sanitaria Locale	
Residenze Sanitarie Assistite	5.802
Assistenza Domiciliare Integrata	5.010
Assistenza Domiciliare Programmata	5.257
Volontariato	
Custode socio-sanitario	2.921

La matrice dell'assistenza dei **74.581** soggetti a rischio che viene a delinearsi con le informazioni fino a dora disponibili è riportata di seguito:

<i>ente</i>	<i>Livello di rischio</i>				<i>Totale</i>
	Basale	Intermedio	Alto	Molto alto	
Solo ASL	708	2131	1755	221	4815
Solo Comune	3487	7520	6017	3082	20106
Solo Custode socio-sanitario	21	38	26	35	120
ASL & Comune	178	733	852	421	2184
ASL & Custode socio-sanitario	2	4	9	11	26
Comune & Custode socio-sanitario	32	284	157	357	830
ASL & Comune & Custode socio-sanitario	3	39	38	61	141
Non noto	14352	16248	14039	1720	46359
Totale	18783	26997	22893	5908	74581

aggiornata rispetto allo stato in vita dei soggetti al 1/06/2007

L'efficienza della procedura di *linkage* è risultata essere molto variabile e in ogni caso insoddisfacente. Richiamando un principio espresso in precedenza, si ribadisce che i protocolli di intervento tengono conto delle informazioni di fatto disponibili ma vengono in continuo ridefiniti via via che vengono rese disponibili nuove fonti di informazione e che viene migliorata la resa delle procedure di *linkage*.

Piano degli interventi

Gli attori del Piano sono: il Comune, l'Azienda Sanitaria Locale, gli Ospedali e la Fondazione don Gnocchi. Il Piano si compone di due diversi moduli: a) le azioni preventive aspecifiche da porre in essere agli inizi del periodo estivo e da mantenere fino alla fine del mese di agosto; b) le azioni preventive e di contenimento degli effetti del caldo estivo da porre in essere quando questo supera un valore soglia predefinito.

A) Le azioni preventive aspecifiche

Tali azioni si traducono sostanzialmente in un efficace piano di comunicazione. I tre attori previsti, ciascuno per i propri ambiti e riferendosi a fasce le più ampie possibili della popolazione, avranno cura di diffondere fin dal mese di maggio e per tutto il periodo estivo informazioni atte a prevenire l'esposizione e a mitigarne gli effetti. È auspicabile una azione congiunta con i media a più larga diffusione locale (quotidiani, radio e televisioni) per il periodico invito a seguire buone norme di comportamento che un gruppo di esperti avrà avuto cura di redigere e di aggiornare periodicamente. I punti di primaria importanza da trasmettere sono i seguenti:

- evitare, se possibile, di uscire di casa tra le h.11 e le h.18;
- evitare parchi e giardini pubblici nelle stese ore (alte concentrazioni di ozono);
- crearsi una rete di contatti (amici, famigliari, vicini di casa) che preveda almeno un contatto telefonico giornaliero;
- trascorrere, se possibile, almeno 3-4 ore al giorno in ambienti condizionati;
- far circolare l'aria nella propria abitazione ma tenendo ben chiuse le persiane sul lato esposto al sole;
- non fare uso di ventilatori quando la temperatura è particolarmente elevata (favoriscono la disidratazione) e mai indirizzare il flusso d'aria sulla persona;
- indossare indumenti leggeri, di fibre naturali, di colore chiaro e non aderenti;
- quando ci si espone al sole indossare sempre un ampio cappello e occhiali scuri;
- avere sempre in casa scorte di alimenti e di acqua sufficienti per evitare di uscire, se necessario, anche per 2-3 giorni consecutivi;

- fare pasti frequenti ma leggeri: frutta, verdura, qualche gelato, no bevande alcoliche, poco caffè, niente bevande gasate e zuccherate;
- bere almeno due litri di acqua al giorno (a meno di precise controindicazioni mediche) fresca ma non gelata; sforzarsi di farlo anche se non si ha sete;
- se si assumono cronicamente farmaci consultare il proprio medico per stabilire, se opportuno, modificazioni per il periodo estivo;
- se si avverte mal di testa perdurante o compaiono uno o più dei seguenti sintomi: debolezza, senso di svenimento, crampi, nausea, confusione mentale, dolori al torace, annebbiamento della vista, accelerazione dei battiti del cuore: bagnarsi il viso e le braccia senza poi asciugarsi, chiedere l'intervento di qualcuno e stendersi nel posto più fresco della casa in attesa della persona chiamata;
- avere sempre a portata di mano il numero di telefono della persona da chiamare o il numero verde del Piano di assistenza.

Un opuscolo con i punti sopra elencati e che abbia in evidenza il numero verde del Piano di assistenza sarà spedito al domicilio dei 153.293 soggetti di età > 75 anni e sarà reso disponibile nei punti di aggregazione sociale (supermercati, chiese, ospedali, ambulatori, centri diurni, uffici comunali, etc.).

Il Comune di Milano predisporrà un piano per il soggiorno estivo in luoghi dal clima temperato del numero più alto possibile di anziani. Il Comune inoltre avrà cura di pubblicizzare attraverso

l'opuscolo di cui si è detto e con altre modalità efficaci l'elenco delle proprie strutture cittadine climatizzate che resteranno aperte durante il periodo estivo a disposizione della popolazione anziana.

Il Comune di Milano e l'Azienda Sanitaria Locale stipuleranno un accordo per il funzionamento durante l'intero periodo estivo (1 giugno-31 agosto) del *call center* attualmente in funzione per il programma di teleassistenza in un periodo più limitato di tempo. Al numero verde del *call center*, già noto a molti anziani, potranno rivolgersi tutti i cittadini che necessitano di assistenza o di suggerimenti per affrontare il proprio o l'altrui disagio prodotto dalle condizioni climatiche.

L'Azienda Sanitaria Locale curerà l'allestimento di linee guida destinate ai propri operatori (MMG, ADI, etc.) e agli operatori degli altri attori (RSA, ospedali, volontari, operatori del sociale, etc.) del Piano per garantire efficienza e standardizzazione agli interventi sanitari da erogare in condizioni di emergenza.

L'Azienda Sanitaria Locale, inoltre, secondo quanto previsto dagli accordi tra il Ministero della Salute, la Regione Lombardia e l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione in via sperimentale nella città di Milano del progetto denominato *Sperimentazione di un Piano per la Comunicazione*

del Rischio di Emergenza per la Popolazione Anziana nella Regione Lombardia invierà a ciascun medico di medicina generale l'elenco dei propri assistiti anziani, identificati e stratificati per rischio nel modo descritto in precedenza, con la richiesta di validare – e poi tenere aggiornate con frequenza semestrale in aprile e ottobre – le informazioni riferite a ciascun soggetto che, essendo desunte da archivi e non da un contatto personale, possono essere affette da imprecisioni. In attesa di disporre della scheda sanitaria che, a norma degli accordi sopra ricordati, sarà definita dall'Istituto Superiore di Sanità, il MMG farà riferimento per la validazione e l'aggiornamento dei dati individuali alla scheda che riceverà parzialmente compilata dalla ASL (v. allegato). È previsto inoltre dagli accordi che il MMG raccolga da ciascuno dei propri assistiti nelle varie fasce di rischio e registri sulla scheda la disponibilità a ricevere, in condizioni di emergenza, interventi di assistenza (telefonata, visita di un operatore) e ad essere accompagnato in luoghi climatizzati. Il MMG avrà cura di far pervenire con tempestività le schede (via fax) alla ASL che, preso atto delle correzioni, degli aggiornamenti e delle espressioni di volontà circa l'assistenza e gli eventuali spostamenti, predisporrà gli elenchi definitivi dei soggetti da assistere in caso di emergenza.

L'intervento di emergenza

Attraverso le attività preparatorie descritte in precedenza sarà possibile assegnare ciascun soggetto ad una specifica fascia di rischio e ad uno specifico operatore (sanitario, sociale, volontario) a cui compete il compito del contatto quando verrà dato il segnale di emergenza. Le linee guida, definite in precedenza, indicheranno all'operatore le priorità e le modalità del suo intervento. Una persona che beneficia in via ordinaria di più interventi tra quelli prima elencati sarà assegnata, ai fini della gestione dell'emergenza, ad un solo operatore per liberare così risorse da utilizzare per gli interventi a favore di chi non è beneficiario di alcuno dei programmi di assistenza. Comune, ASL e Volontariato daranno una precisa indicazione del numero di operatori che possono rendere disponibili per gli interventi sul territorio in caso di emergenza. Le priorità per l'erogazione degli interventi di assistenza in condizioni di emergenza saranno date dall'intensità del rischio e dalla indisponibilità di alcun tipo di sostegno esterno (famigliare, di vicinato o altro).

L'Azienda Sanitaria Locale trasmette i seguenti elenchi ai seguenti interlocutori:

1. persone a **rischio alto e molto alto, senza sostegno e consenzienti** ad essere spostati dal loro domicilio -> al *call center* e alla Protezione Civile;

2. persone ad **rischio alto e molto alto, senza sostegno e non consenzienti** ad essere spostati dal loro domicilio -> al *call center* e, adeguatamente ripartiti, al Comune, al Volontariato e al proprio Dipartimento ASSI; ciascuna struttura avrà poi cura di ridistribuire tali soggetti agli operatori di cui dispone tenendo conto della loro eventuale presenza in programmi ordinari di assistenza;
3. persone a **rischio intermedio o basale e non note** ai programmi di assistenza -> al *call center* e, adeguatamente ripartiti, al Comune, al Volontariato e al proprio Dipartimento ASSI; ciascuna struttura avrà poi cura di ridistribuire tali soggetti agli operatori di cui dispone;
4. persone a **rischio intermedio o basale note** ai programmi di assistenza -> al *call center* e, adeguatamente ripartiti, al Comune, alla Fondazione don Gnocchi e al proprio Dipartimento ASSI; ciascuna struttura avrà poi cura di ridistribuire tali soggetti agli stessi operatori che routinariamente li hanno in cura.

Quando sulla base del sistema previsionale si avrà notizia dell'imminente arrivo di condizioni climatiche avverse (livello 2 o 3) il Centro Locale di riferimento della Protezione Civile (?!?) dichiarerà lo stato di emergenza, ne darà notizia agli attori del Piano e assumerà la direzione e il coordinamento delle attività fino ad emergenza rientrata.

I compiti di ciascun ente, predefiniti e strutturati in protocolli e linee guida, sono i seguenti:

Protezione Civile

- dirige le attività e dichiara il rientro delle condizioni di emergenza, sulla scorta dei dati revisionali;
- attiva il programma di mobilitazione dei soggetti del gruppo 1. che avrà avuto cura di definire in anticipo. Il programma dovrà tener conto del numero di soggetti da spostare dalle loro abitazioni e, conseguentemente del numero di mezzi e di operatori da adibire a questa funzione. Il programma inoltre dovrà avere chiara cognizione del numero di edifici condizionati verso i quali convogliare i soggetti e il numero di posti disponibili per ogni edificio;
- avvia e mantiene un piano di comunicazione predefinito per informare l'utenza della situazione di rischio e delle risorse messe in campo *ad hoc*;
- tiene un sistema informativo dell'intera operazione centrato sulla singola persona assistita.

Azienda Sanitaria Locale

- eroga assistenza diretta ai soggetti dei gruppi 2., 3. e 4. attivando protocolli predefiniti e utilizzando un numero di operatori commisurato al numero di soggetti da assistere;
- mette in stato d'allarme gli ospedali dotati di Pronto Soccorso e quelli che riceveranno i pazienti stabilizzati attivando protocolli predefiniti;
- garantisce consulenza medica a tutti gli altri operatori non medici coinvolti nel Piano;
- tiene un attento monitoraggio della situazione sanitaria negli ospedali, nelle RSA e sul territorio intervenendo tempestivamente per correggere comportamenti difformi dal bisogno, avvalendosi per questo della consulenza di un pool di esperti preventivamente costituito.

Comune

- garantisce il pieno funzionamento e la centralità del ruolo del *call center* della Teleassistenza. Questa struttura, operando in base a protocolli predefiniti, svolge un ruolo attivo nel chiamare i soggetti ad alto rischio che accettano di essere trasferiti in un luogo climatizzato. Tale operazione è svolta in stretta concertazione con la Protezione Civile. Il *call center*, inoltre, ha il compito di mantenere un contatto con tutte le persone fragili che, pur non gradendo di essere trasferiti, si sono dichiarati disponibili ad essere assistiti in altro modo. La stessa struttura, infine, ha il compito di segnalare alla ASL tutte le condizioni di interesse sanitario emerse dal contatto telefonico con l'utenza;
- svolge con il proprio personale le stesse funzioni di assistenza territoriale svolte dalla ASL, avvalendosi della consulenza sanitaria di quest'ultima, quando necessario.

Fondazione don Gnocchi

- svolge con il proprio personale le stesse funzioni di assistenza territoriale svolte dalla ASL, avvalendosi della consulenza sanitaria di quest'ultima, quando necessario.