

Distretto n.2 dell' Assisano

Protocollo operativo

ATTUAZIONE LINEE REGIONALI DI INTERVENTO PER L'EMERGENZA CALORE ESTATE 2008

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
Responsabile UVG Distrettuale
Componente UVG

Sonno Marina
Brufani Antonella
Antonini Rita
Alunno Corbucci Silvia

- Funzioni:
 - predisposizione protocollo operativo
 - interfaccia con il Comune capofila di Ambito per la predisposizione di protocolli condivisi
 - elaborazione 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 (All. 1)
- Scheda integrativa di approfondimento delle condizioni socio-sanitarie dei soggetti segnalati ritenuti maggiormente a rischio (All. 2)
- Depliant informativo (All. 3)

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) entro il 30 giugno 2008
- informazione e distribuzione del protocollo operativo distrettuale ai Responsabili dei CdS
-

Gruppo Tecnico Centrale

- Predisposizione materiale informativo
- Riunioni di programmazione e coordinamento attività inerenti gli indirizzi operativi dei tre livelli
- Riunioni di coordinamento con Comune capofila di Ambito

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 e raccordo con il Sindacato Pensionati

Livello 1 “Attenzione” fase gestita a livello di Azienda Usi per la predisposizione delle azioni necessarie alle fasi successive

Gruppo Tecnico Centrale

- Distribuzione depliant informativo ai CdS, Servizi specialistici, MMG, PLS, Strutture, Centri Diurni. Ai Comuni dell'ambito per : UdC, Centri Anziani, Casa di Quartiere,. Alle Associazioni: Sindacato Pensionati, AUSER, Telefono d'Argento, Misericordia ecc.
- Analisi delle schede di anagrafe dei soggetti a ischio 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 TEL. 075/5727510 (sempre attivo)

Accoglienza: presso i locali messi a disposizione dai Comuni dell' Ambito

Operatori: Assistente Sociale, Coordinatori infermieristici (Paolo Mazzoni, Luana Ridolfi)

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

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 la Misericordia di Assisi per garantire il trasporto dal domicilio alla struttura e viceversa
- Attivazione delle Associazioni di Volontariato e del Sindacato Pensionati per interventi di aiuto a domicilio
- Segnalazione al Gruppo Tecnico Centrale degli interventi messi in atto.

Trasporto

Associazione di volontariato “Misericordia di Assisi” h 24, tel. 0758039801 - 3355867499

Allegato 1)

**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 2008
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 <u>principale</u>

<u>concomitanti</u>

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

<i>Funzione</i> 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 checked="" type="checkbox"/> OS <input checked="" type="checkbox"/> <i>nessun problema parati</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>mangia da solo pasti già parati</i> <input type="checkbox"/> deve essere imboccato <input type="checkbox"/> Enterale <input type="checkbox"/> altro _____
-------------------------------------	--

Funzione urinaria	<input checked="" 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 _____