

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it - informa@ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 257

del 23/06/2016

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Gestione di emergenze in caso di elevate temperature ambientali: adozione "Piano degli interventi per l'anno 2016 - Fattori climatici e tutela della popolazione fragile".

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.

Dr.ssa Annamaria Indelicato

Dott.ssa Lara Corini



IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che la Direzione Generale Welfare, con nota prot. n. G1.2016.0017675 del 20 maggio 2016, richiede vengano attivate procedure di prevenzione e di assistenza a persone in condizioni di particolare fragilità in caso di elevate temperature ambientali;

Considerato che:

- la sopra citata nota, nel contesto dell'intervenuto riassetto organizzativo attuato a seguito della legge di evoluzione del Servizio sociosanitario lombardo (L.R. n. 23/2015), richiama i contenuti e le indicazioni già fornite con le precedenti circolari;
- l'esperienza maturata negli anni scorsi in merito all'organizzazione ed al coordinamento degli interventi in caso di ondate di calore si è dimostrata positiva ed ha evidenziato che il Piano degli interventi predisposto era adeguato alle problematiche organizzative e gestionali delle diverse realtà territoriali;

Rilevato che l'approccio metodologico proposto individua quattro aspetti su cui costruire un intervento finalizzato alla riduzione della mortalità e degli altri effetti sanitari delle ondate:

- a) la predisposizione di un'anagrafe della fragilità,
- a) la disponibilità di sistemi di previsione-allarme delle condizioni climatiche,
- b) un programma di interventi - in continuo ed in emergenza - da attivare in maniera modulata a seconda dell'intensità dell'esposizione e dei gruppi di soggetti a rischio,
- c) l'attivazione di interventi di comunicazione e informazione istituzionale.

Ritenuto opportuno definire, anche per il 2016, un Piano locale degli interventi che riproponga le strategie di coinvolgimento dei diversi attori da parte della Direzione Sanitaria e della Direzione Sociosanitaria;

Considerato che la Direzione Generale Welfare, con la sopra richiamata nota del 20.05.2016, ha richiesto a ciascuna ATS l'attivazione di un numero verde per segnalazioni e informazioni, nonché un punto di riferimento quotidiano, sabato e domenica inclusi, in grado di recepire le informazioni di previsione meteorologica e successivamente di inoltrarle ai diversi soggetti coinvolti negli interventi di sostegno;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Vista la proposta del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani che attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che il parere di competenza del Direttore Sanitario è assorbito nella funzione esercitata dal medesimo in qualità di proponente;

Acquisiti i pareri del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato e del Direttore Amministrativo f.f., Dott.ssa Lara Corini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di approvare il "Piano degli interventi per l'anno 2016 - Fattori climatici e tutela della popolazione fragile", documento allegato al presente provvedimento quale parte integrante dello stesso (allegato A composto da n. 15 pagine);
- b) di attivare, a cura della Direzione Sanitaria, in sinergia con le strutture indicate nel Piano medesimo, le necessarie iniziative di coordinamento, con particolare riguardo alle incombenze inerenti la comunicazione e l'informazione istituzionale, nonché la predisposizione dell'anagrafe della fragilità;



- c) di affidare alla Direzione Sanitaria in sinergia con la Direzione Sociosanitaria gli interventi di coordinamento previsti dal Piano nei confronti della rete sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale dell'ATS di Brescia;
- d) di attivare il numero verde 800.99.59.88, gestito da AUSER Brescia, per segnalazioni ed informazioni sull'emergenza caldo;
- e) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- f) di trasmettere, a cura della Struttura proponente, copia del presente atto alla Direzione Generale Welfare e agli assetti interni interessati;
- g) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- h) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

PIANO DEGLI INTERVENTI PER L'ANNO 2016

FATTORI CLIMATICI E TUTELA DELLA POPOLAZIONE FRAGILE

Giugno 2016

SOMMARIO

Introduzione	3
Le indicazioni della Regione e il ruolo dell'ATS.....	4
L'anagrafe della fragilità	5
I soggetti coinvolti	8
La comunicazione e l'informazione istituzionale	12
La gestione degli interventi.....	12

Introduzione

La gestione degli interventi per prevenire gli effetti negativi del caldo sulla popolazione fragile rientra in una programmazione ormai consolidata, a distanza di 13 anni dall'estate 2003, in cui si registrò un significativo aumento della mortalità a fronte delle alte temperature registrate.

Come indicato nel Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute emanato dal Ministero della Salute per l'estate 2014, la vulnerabilità della popolazione agli effetti delle alte temperature e delle ondate di calore è legata alla «susceptibilità» individuale (stato di salute, caratteristiche socio-demografiche e ambientali) e della capacità di adattamento sia a livello individuale che di contesto sociale e ambientale (percezione/riconoscimento del rischio, disponibilità di risorse), ma anche del livello di esposizione (intensità e durata).

In letteratura è stato evidenziato che, nel corso di un'ondata di calore, il rischio di mortalità è funzione di diversi parametri climatici: temperatura massima, temperatura minima e umidità relativa (D'Ippoliti 2010). Esaminando le caratteristiche dell'ondata di calore in termini di durata e intensità, è stato riscontrato che gli effetti maggiori si osservano durante ondate di calore di lunga durata (oltre cinque giorni) in cui si registrano incrementi della mortalità 2-5 volte più elevati rispetto alle ondate di durata più breve. Inoltre è stato osservato che le ondate di calore che si verificano precocemente, all'inizio della stagione estiva, hanno un impatto maggiore sulla salute della popolazione rispetto a episodi di uguale intensità che si verificano successivamente nel corso dell'estate.

Le conseguenze sulla salute delle ondate di calore possono essere prevenute o ridotte attraverso l'attivazione di sistemi di previsione allarme locali, l'informazione tempestiva e corretta della popolazione e l'adozione di adeguate misure volte a rafforzare la rete sociale e di sostegno alle persone più a rischio. Per essere efficaci le misure di prevenzione devono essere preparate in tempi di non emergenza ed essere attuate tempestivamente all'arrivo delle prime ondate di calore, che sono le più dannose per la salute, soprattutto perché la popolazione non ha ancora attivato i meccanismi naturali di adattamento.

Gli interventi devono essere declinati nello specifico contesto locale, sulla scorta del reale rischio che si manifestino ondate di calore e delle risorse presenti nei diversi territori.

Tale principio è importante per l'ATS di Brescia che vanta un territorio con una superficie di 3.465 km², comprende 164 comuni di cui 52 organizzati in 3 comunità montane, tre laghi principali (Lago di Garda, Lago d'Iseo ed il Lago d'Idro), due valli (Valtrompia e Valle Sabbia), un'ampia zona pianeggiante a sud del territorio cittadino, un'area urbana e varie zone collinari che circondano la città.

Le Linee Guida sviluppate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2008) individuano alcuni principi generali per la programmazione degli interventi di prevenzione e per la risposta all'emergenza caldo:

- utilizzo ed integrazione con i sistemi dell'emergenza già attivi a livello locale, regionale e nazionale per la realizzazione di un piano di prevenzione che indichi interventi di documentata efficacia, calibrati sulla base del rischio previsto dal sistema di allarme e mirati ai sottogruppi di "soggetti suscettibili";
- adozione di un approccio multisettoriale (con il coinvolgimento di altri settori dell'assistenza oltre a quello sanitario) e creazione di una rete di servizi che operano in modo coordinato;
- utilizzo di strumenti di comunicazione efficienti per rendere tempestivamente accessibili le informazioni sia alla popolazione generale, sia, in particolare, ai sottogruppi a rischio;
- adeguata formazione e pronta attivazione degli operatori per la gestione delle situazioni di emergenza.

Le indicazioni della Regione e il ruolo dell'ATS

Per l'anno 2016, anche in ragione dell'intervenuto riassetto organizzativo attuato a seguito della riforma sanitaria di cui alla L.R. 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo", la Regione Lombardia richiama, con nota n. G1.2016.0017675 del 20 maggio 2016, le indicazioni già fornite con le precedenti circolari in merito gli interventi prioritari che devono essere attivati per far fronte alle ondate di calore e ai soggetti che, nel rispetto delle specifiche competenze, dovranno collaborare alla realizzazione degli stessi.

In particolare la nota regionale evidenzia il ruolo importante rivestito dall'ATS in merito a:

- informazione e diffusione dei consigli utili per evitare danni alla salute derivanti da esposizione ad alte temperature, per tutta la popolazione e per le particolari categorie a rischio;
- rendere attivi numeri verdi per informare su servizi e precorsi di accesso.

Per quanto riguarda la rete dei servizi specificamente rivolta agli anziani, è importante inoltre:

1. lo scambio di informazioni tra le diverse istituzioni e figure coinvolte ed una pianificazione comune degli interventi in caso di emergenza da elevate temperature;
2. il monitoraggio delle persone assistite a domicilio, prevedendo una maggiore tutela per coloro che non ne usufruiscono quotidianamente;
3. l'utilizzo appropriato dei ricoveri in struttura ospedaliera e il ricorso alle dimissioni protette
4. l'individuazione preventiva dei soggetti a rischio alto o molto alto per i quali programmare, a fronte di anomale ondate di calore, ricoveri di sollievo o servizi domiciliari sostitutivi.

Proseguiranno inoltre le azioni tese a garantire:

- l'identificazione di soggetti non in carico ai servizi di assistenza sociale o socio-sanitaria, integrando l'anagrafe dei soggetti fragili con le segnalazioni da parte di Comuni, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e associazioni del territorio per attivare specifici interventi;
- la collaborazione con il volontariato e con il Tavolo del terzo settore presso ATS;
- l'attivazione di un sistema di previsione allarme delle condizioni climatiche;
- la promozione e il sostegno della "cultura della prossimità", ossia della spontanea solidarietà presente nella comunità locale, ad integrazione degli interventi da parte dei servizi.

L'anagrafe della fragilità

L'Osservatorio Epidemiologico di ATS Brescia ha elaborato l'anagrafe della fragilità con l'obiettivo di identificare nel modo più preciso la popolazione fragile graduando il rischio di mortalità che i soggetti hanno nell'anno o nei mesi successivi alla classificazione. Tale classificazione è basata su database correnti disponibili. Nel contempo la metodologia è stata testata sui dati degli anni passati, al fine di valutarne il valore predittivo ed apportare adeguate correzioni.

Partendo da alcuni modelli presentati in letteratura da Falasca col modello MoSaiCo¹, sono stati identificati per ogni assistito in carico ad ASL Brescia negli anni 2013 e 2014 i principali fattori di rischio predittivi per un decesso nell'anno successivo; tali fattori includono variabili demografiche, sociali, cliniche e di uso dei servizi sanitari e sociali ricavabili dai dati correnti disponibili presso ATS Brescia. La principale variabile di esito, la morte nell'anno successivo, è stata analizzata con un modello multivariato di regressione logistica in relazione ai suddetti fattori di rischio ed i relativi odds ratio sono riportati in Appendice 1. La mortalità è stata desunta dall'anagrafica regionale.

Per ogni soggetto è stato stimato il rischio di morte per l'anno successivo moltiplicando gli odds ratio dei vari fattori di rischio positivamente associati in maniera statisticamente significativa alla mortalità (in grassetto in Appendice 1); per i soggetti di età inferiore ai 75 anni si sono applicate delle correzioni poiché gli odd-ratio per diagnosi di tumore, presa in carico presso RSA ed ADI erano circa doppi rispetto ai soggetti più anziani. Si è ottenuta una distribuzione fortemente asimmetrica, con molti soggetti con bassi livelli di rischio ed una minoranza con un rischio crescente.

Sulla base del rischio individuale stimato la popolazione è stata divisa in 14 fasce a rischio crescente di mortalità. In tabella 1 sono riportate la numerosità delle sottopopolazioni ed il numero percentuale dei deceduti nel 2013 e nel 2014 che risultano stabili nei 2 anni.

Tab 1	2013			2014		
	pop	Morti anno 2014	% morti	pop	Morti anno 2015	% morti
0	714.696	259	0,04%	709.195	259	0,04%
1	153.842	164	0,11%	152.777	190	0,12%
2	100.305	283	0,28%	102.325	296	0,29%
3	79.476	658	0,83%	80.530	613	0,76%
4	41.552	832	2,00%	42.709	784	1,84%
5	19.923	592	2,97%	20.454	663	3,24%
6	20.419	888	4,35%	21.154	984	4,65%
7	11.511	881	7,65%	12.044	960	7,97%
8	6.490	674	10,39%	6.831	736	10,77%
9	7.232	919	12,71%	7.338	1072	14,61%
10	3.802	676	17,78%	3.816	665	17,43%
11	5.170	1070	20,70%	5.418	1220	22,52%
12	2.044	500	24,46%	2.217	602	27,15%
13	3.696	1209	32,71%	3.847	1351	35,12%

¹ Pasquale Falasca, Arianna Berardo and Francesca Di Tommaso. Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Ann Ist Super Sanità 2011 | Vol. 47, No. 2: 220-228

Per valutare il valore predittivo di tale categorizzazione, si è proceduto ad analizzare la mortalità nei primi due mesi del 2016 (fonte anagrafica regionale), basandosi sulla popolazione del 2015: come si può evincere dalla tabella 2 si conferma il progressivo aumento del tasso di mortalità (annualizzato) all'aumentare della categoria di rischio. In particolare nella categoria n.13 a più alto rischio vi sono "solo" 4.049 soggetti (0,3% della popolazione) tra i quali i decessi nei primi mesi dell'anno sono stati ben 396, pari al 21,7% del totale in tale periodo.

Tab 2	popolazione 2015	deceduti primi due mesi 2016	Tasso annuale mortalità X1.000	% relativa della popolazione	% relativa deceduti
0	707.152	29	0,2	60,2%	1,6%
1	152.639	16	0,6	13,0%	0,9%
2	104.488	19	1,1	8,9%	1,0%
3	80.701	62	4,6	6,9%	3,4%
4	43.789	114	15,6	3,7%	6,3%
5	20.928	70	20,1	1,8%	3,8%
6	21.998	135	36,8	1,9%	7,4%
7	12.146	136	67,2	1,0%	7,5%
8	7.002	120	102,8	0,6%	6,6%
9	7.646	174	136,5	0,7%	9,6%
10	4.012	155	231,8	0,3%	8,5%
11	5.560	251	270,9	0,5%	13,8%
12	2.255	144	383,1	0,2%	7,9%
13	4.049	396	586,8	0,3%	21,7%

In base ai dati della precedente tabella si possono ipotizzare per l'anno 2016 diverse ipotesi di individuazione dei fragili a rischio crescente (tabella 3):

- Considerando le 6 categorie più a rischio (da 8 a 13) si identifica solamente il 2,6% della popolazione (30.524) in cui però sono avvenuti il 68% dei decessi nei primi mesi del 2016.
- Aumentando il livello di inclusione nei "fragili" a categorie con minor rischio si aumenta il numero dei decessi captati ma aumenta in modo più elevato la percentuale di popolazione.
- Si ricorda che con la metodologia utilizzata precedentemente, nel Piano del 2015 e precedenti, per classificare i soggetti fragili il valore predittivo di mortalità era molto inferiore (si sarebbero inclusi ben 214.316 "fragili" per intercettare una quota di decessi pari al 85% del totale, quota che con l'attuale metodologia si raggiunge e supera identificando 85.596 "fragili").

Tab 3	popolazione	deceduti	Tasso annuale mortalità X1.000	% relativa della popolazione	% relativa deceduti
da 8 a 13	30.524	1.240	243,7	2,6%	68,1%
da 6 a 13	64.668	1.511	140,2	5,5%	83,0%
da 5 a 13	85.596	1.581	110,8	7,3%	86,8%
da 4 a 13	129.385	1.695	78,6	11,0%	93,1%

Classificazione piano 2015	214.316	1.554	43,5	18,2%	85,3%
-----------------------------------	---------	-------	------	--------------	--------------

Inoltre, oltre ai soggetti già intercettati mediante la metodologia sovradescritta, l'anagrafe della fragilità sarà completata con i dati di soggetti potenzialmente suscettibili agli effetti negativi delle ondate di calore che, secondo i criteri sotto esposti, saranno individuati dai Comuni, dai MMG/PDF e dalle associazioni del territorio e segnalati ad ATS attraverso un canale comunicativo dedicato.

Attraverso tali segnalazioni sarà possibile integrare l'anagrafe dei soggetti fragili includendo coloro che, pur non in carico ai servizi, risultano a rischio per la concomitanza di fattori socio-economici, sanitari e ambientali, come definito nelle "Indicazioni per la gestione di emergenze in caso di elevate temperature ambientali" di Regione Lombardia (prot. HI.2006.0024793).

Le variabili che permettono di identificare i soggetti a rischio sono le seguenti:

a) caratteristiche personali e sociali

- età (pari o superiore a 75 anni) (E)
- età inferiore a 1 anno (Ep)
- genere (modestamente sfavorite le donne)
- isolamento
- basso livello socio-economico (R)
- assenza di una rete familiare e di sostegno (S)
- non essere in carico ai servizi

b) condizioni di salute

- patologia cronica
- consumo cronico di alcuni tipi di farmaci (F)
- ricovero ospedaliero nell'ultimo anno per patologie croniche (M)

c) caratteristiche ambientali

- abitazione ai piani alti con forte insolazione, priva di condizionamento (A)

Dalla combinazione di tali variabili può derivare l'identificazione nella popolazione di sottogruppi con rischio diverso:

- **Rischio molto alto**, rientrano in questa categoria soggetti di età \geq a 75 anni, che non siano assistiti da una rete familiare e di sostegno, che abbiano un basso livello socio-economico e che abbiano avuto un ricovero ospedaliero nell'ultimo anno per patologie croniche o che assumano cronicamente alcuni tipi di farmaci (**E + S + R+(M o F)**);

- **Rischio alto, rientrano in questa categoria:**

1. soggetti che abitano ai piani alti con forte insolazione e con ventilazione insufficiente o priva di condizionamento (**A**);
2. soggetti di età \geq a 75 anni che non siano assistiti da una rete familiare e di sostegno o che abbiano un basso livello socio-economico e che abbiano avuto un ricovero ospedaliero nell'ultimo anno per patologie croniche o che assumano cronicamente alcuni tipi di farmaci (**E + (M o F) + (S o R)**);
3. bambini con età $<$ 1 anno che abbiano un basso livello socio-economico (**Ep + R**)

- **Rischio medio-alto, rientrano in questa categoria soggetti** di età \geq a 75 anni, che non abbiano una rete familiare o di sostegno o che abbiano un basso livello socio-economico (**E + (S o R)**)

I soggetti coinvolti

Punto di forza e fattore di successo per l'attuazione del "Piano Caldo" è il coinvolgimento e l'integrazione di più soggetti che concorrono, secondo le rispettive competenze e ruoli di seguito delineati, alla sua realizzazione. Gli attori chiamati ad operare per le finalità del presente Piano sono, oltre all'ATS, le ASST, le Amministrazioni Comunali, le Associazioni del Terzo Settore, gli Enti gestori dei Servizi, le Strutture di ricovero, i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e Medici di Continuità Assistenziale, i soggetti privati.

L'ATS

La Direzione Generale

La Direzione Generale mantiene i collegamenti con la Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia.

La Direzione Sanitaria

La Direzione Sanitaria, in stretta sinergia con la Direzione Sociosanitaria, e per il tramite del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, del Dipartimento di Cure Primarie, dell'Osservatorio Epidemiologico e dell'U.O. Comunicazione svolge un ruolo di coordinamento del sistema descritto nel presente Piano.

In particolare:

- definisce le modalità di predisposizione dell'anagrafe della fragilità e coordina il sistema di gestione;
- coordina e supervisiona la gestione del numero verde di informazione per i cittadini;
- cura la raccolta delle segnalazioni dei soggetti a rischio da parte dei MMG/PDF, dei Comuni e delle Associazioni del territorio e acquisisce le nuove informazioni per integrare l'anagrafe della fragilità;
- promuove e gestisce la campagna di comunicazione.

La Direzione Sanitaria, in sinergia con la Direzione Sociosanitaria, si interfaccia con le Direzioni Sanitarie e le Direzioni Sociosanitarie delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e con le Direzioni Sanitarie delle Strutture private di ricovero accreditate, per rinforzare l'importanza dell'applicazione del protocollo d'intesa per le dimissioni protette, e il ruolo delle UCAM per garantire la continuità assistenziale dei pazienti a rischio in fase di dimissione. La stessa Direzione è impegnata a concordare con le Strutture ospedaliere la gestione di una possibile fase di emergenza da gran caldo con aumento delle richieste di ricovero per anziani critici, oltre che le modalità per ridurre i disagi degli anziani ricoverati.

Il Dipartimento delle Cure Primarie è impegnato nel coinvolgimento dei MMG/PDF. La collaborazione del MMG/PDF sarà necessaria alla corretta identificazione delle situazioni a rischio dei soggetti non già seguiti dai servizi sulla base dei seguenti fattori: età uguale o superiore ai 74 anni e inferiore a 1 anno, polipatologia cronica (cardiaca, polmonare, mentale, motoria, diabetica), disagi riferiti alla situazione abitativa (abitazione piccola, isolata, ai piani alti, priva di condizionamento) e al livello socio-economico, isolamento (soggetti privi di una rete familiare e/o di sostegno).

La Direzione Sanitaria Aziendale individua un Centro di Riferimento Locale dedicato al ricevimento, 24 ore su 24 inclusi sabato e festivi, dei bollettini meteorologici giornalieri.

Il Centro è gestito da operatori della Direzione Sanitaria, del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e dell'UO Comunicazione.

Allo stesso modo, individua un recapito telefonico, attivo 24 ore su 24 per 7 giorni su 7, per le comunicazioni di emergenza.

La Direzione Sanitaria mantiene monitorato il processo, per il tramite del Nucleo Operativo Piano Caldo, e invia una relazione conclusiva alla Direzione Generale entro e non oltre il 21 Settembre 2016. Eventuali valutazioni intermedie potranno essere richieste a fronte di particolari emergenze climatiche.

La Direzione Sociosanitaria

La Direzione Sociosanitaria attraverso la U.O. Anziani-Cure Domiciliari e la U.O. Disabilità e Protezione Giuridica del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPPS) è impegnata a predisporre la miglior risposta possibile da parte dei servizi della rete socio-sanitaria e socio-assistenziale sia nei confronti di utenti già seguiti, sia di nuovi utenti e concorre a sensibilizzare gli enti e i soggetti erogatori in particolare della rete sociosanitaria.

In particolare tale compito è realizzato attraverso le indicazioni fornite agli Enti Erogatori accreditati circa i comportamenti da mettere in atto nei confronti degli utenti seguiti a domicilio.

In collegamento con le Direzioni Sociosanitarie delle ASST verifica le modalità di presa in carico dei malati fragili e garantisce i livelli qualitativi e la continuità durante il periodo estivo con particolare riguardo all'utenza anziana.

Le strutture della rete sociosanitaria dell'area anziani e disabilità saranno sollecitate inoltre, con apposita comunicazione, ad attivare interventi di prevenzione rivolti agli ospiti per fronteggiare la situazione di emergenza, garantendo la continuità dell'assistenza e, se necessario, la maggior recettività possibile. Infatti, attraverso la conoscenza del quadro aggiornato delle capacità d'offerta e delle condizioni strutturali e microclimatiche delle RSA e dei CDI, sarà possibile prevedere accoglienze temporanee di casi a rischio.

I Comuni

ATS trasmette ai Comuni, anche attraverso gli Uffici d'Ambito, il presente Piano per la programmazione delle azioni di competenza. Le azioni attraverso le quali i Comuni possono contribuire alla tutela della popolazione fragile in caso di ondate di calore possono essere:

- la predisposizione di un programma locale di interventi, definendo i ruoli e le responsabilità;
- l'individuazione e la segnalazione ad ATS dei soggetti a rischio;
- l'individuazione dei servizi socio-assistenziali disponibili;
- la definizione delle azioni da attuare in situazione di emergenza sulla base dei contenuti del presente Piano.

In particolare, sulla base delle indicazioni del Piano, i Comuni:

1. collaborano alla predisposizione dell'anagrafe della fragilità dei soggetti a rischio, segnalando alla ATS attraverso canale comunicativo i nominativi di soggetti che si trovino in particolari situazioni di rischio, secondo i criteri individuati nel presente Piano;
2. possono definire eventuali accordi con gli Enti erogatori dei servizi socio-sanitario-assistenziali (RSA e CDI), verificando le loro capacità d'offerta e le disponibilità ad eventuali accoglienze temporanee;

3. individuano e coinvolgono le associazioni/organizzazioni locali del terzo settore e definiscono con esse accordi per il trasporto e le attività da svolgere in fase di accoglienza temporanea;
4. verificano la disponibilità di offerta di proprie strutture idonee per l'accoglienza temporanea (esempio: scuole, palestre, biblioteche, ecc.), nonché la disponibilità di cui al punto b) di spazi da parte delle RSA e CDI; definiscono eventuali accordi anche con soggetti privati la per la disponibilità di strutture adeguate con condizioni climatiche favorevoli per l'accoglienza temporanea per le ore più calde della giornata (esempio: Centri Commerciali, sale cinematografiche, ecc.) e realizzano interventi di intrattenimento (es. proiezioni cinematografiche, soggiorni climatici, ecc.)
5. verificano le modalità di erogazione diretta degli interventi garantendone i livelli qualitativi e la continuità durante il periodo estivo; al riguardo occorre che i Comuni, oltre ad un'azione di informazione sulle modalità di erogazione dei servizi, richiedano agli enti fornitori un aumento di frequenza delle telefonate di cortesia e degli accessi domiciliari e un'adeguata preparazione degli operatori per la raccolta di segnalazioni;
6. si pongono per i cittadini quali punti di riferimento ai quali rivolgersi per segnalazioni e informazioni.

I Comuni rilevano la situazione di allerta monitorando il sito di ATS Brescia sul quale sono pubblicati i bollettini di previsione di disagio da calore e attivano le azioni previste.

Il comune capoluogo: la dimensione urbana

Nell'ambito delle conseguenze sulla salute umana delle ondate di calore l'elemento centrale da considerare è l'effetto "isola di calore urbana". In condizioni di elevata temperatura e umidità, le persone che vivono nelle città hanno un rischio maggiore di mortalità rispetto a coloro che vivono in ambiente suburbano o rurale. Inoltre, è stato osservato e documentato come questo effetto sia maggiore nelle città in cui il clima è solitamente temperato o fresco.

Il Comune di Brescia è inserito nel programma Ministeriale HHWWS; quotidianamente il Ministero della Salute rileva e trasmette la previsione di eventuali effetti negativi della temperatura attesa nei 3 gg. successivi, permettendo l'attivazione di eventuali interventi di sorveglianza e protezione.

Le Associazioni del Terzo Settore

Le associazioni di terzo settore rappresentano una risorsa essenziale nella rete degli interventi a sostegno e integrazione dei soggetti istituzionali. Previa definizione del territorio di competenza e della tipologia di intervento, esse possono fornire un contributo rilevante nei seguenti ambiti

- raccolta delle segnalazioni, anche attraverso la gestione di punti di riferimento telefonico (call-center), e trasmissione ad ATS attraverso canale comunicativo dedicato;
- monitoraggio delle singole situazioni a rischio;
- trasporto e accompagnamento dei soggetti a rischio verso le strutture di accoglienza temporanea;
- coinvolgimento del vicinato;
- consegna farmaci, pasti e bevande a domicilio;
- attivazione di interventi di soccorso sociale, attraverso la rete integrata dei servizi, pubblici e/o privati, presenti sul territorio.

Gli Erogatori Socio Sanitari

Agli Enti gestori delle strutture socio-sanitarie (RSA e CDI, RSD, CSS e Strutture Riabilitative Residenziali Socio-Sanitarie) viene richiesto di porre in essere iniziative sia nei confronti dei

propri ospiti, sia di accoglienza temporanea dei soggetti a rischio in caso di periodo di gran caldo prolungato.

Le azioni da attuare nei confronti dei propri ospiti sono di seguito elencate:

- azioni di tipo strutturale (climatizzazione/ventilazione degli ambienti e miglioramento della coibentazione degli stessi),
- misure organizzative finalizzate a garantire la continuità assistenziale e la massima efficienza anche nei mesi estivi.

Si dovrà inoltre prevedere che al personale siano fornite indicazioni su adeguati interventi assistenziali relativi a:

- idratazione
- alimentazione
- abbigliamento e igiene personale
- idonea gestione degli spazi comuni e degli spazi climatizzati
- adeguata gestione delle uscite degli ospiti e degli orari di accesso dei familiari.

In occasione di periodo di gran caldo prolungato potrà aumentare la richiesta di inserimento di utenti, in modo particolare per i CDI che, storicamente, registrano percentuali di saturazione minori delle RSA. In previsione di un possibile periodo di gran caldo prolungato è necessario ottimizzare la collaborazione tra UCAM distrettuale, Comuni e RSA/CDI, al fine di predisporre modalità di inserimento che garantiscano la priorità di risposta alle situazioni più critiche, anche con il pieno utilizzo dei ricoveri di sollievo in RSA, di posti non remunerati attraverso il budget assegnato al CDI e l'utilizzo temporaneo di spazi comuni climatizzati di RSA/CDI a favore di utenza esterna.

Deve essere inoltre verificato e monitorato costantemente il mantenimento di corrette procedure di controllo riguardo al funzionamento strutturale (impianti, sistemi di sicurezza, approvvigionamento idrico, ecc.)

Il referente per i rapporti con l'ATS e con i Comuni è identificato di norma nel Responsabile Sanitario della Struttura.

Gli Erogatori Sanitari

Per quanto riguarda le strutture di ricovero è fondamentale, in fase di dimissione sia dai reparti di degenza sia dai posti letto in Osservazione Breve Intensiva dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza, l'interazione con le UCAM per la attivazione del protocollo per le dimissioni protette nei pazienti a rischio. Le UCAM rivestono, come gli anni passati, la funzione di punto riferimento al quale rivolgersi per segnalazioni e informazioni.

Le ASST e le Strutture di ricovero accreditate sono invitate a predisporre idonee misure organizzative e appropriate procedure per la gestione della fase di emergenza, per far fronte agli aumenti del numero dei ricoveri, per ridurre i disagi degli anziani ricoverati e per le segnalazioni di "eventi sentinella".

Deve essere inoltre verificato e monitorato costantemente il mantenimento di corrette procedure di controllo riguardo al funzionamento strutturale (impianti, sistemi di sicurezza, approvvigionamento idrico, ecc.)

I riferimenti per i rapporti con l'ATS sono le Direzioni Sanitarie e Sociosanitarie delle ASST e le Direzioni Sanitarie delle Strutture accreditate.

I Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Famiglia e i Medici di Continuità Assistenziale

I MMG/PDF/MCA hanno un ruolo fondamentale nella tutela dei soggetti fragili.

ATS comunica ai singoli MMG/PDF l'elenco degli loro assistiti ad elevato rischio di mortalità, selezionati sulla base della metodologia descritta nel capitolo relativo alla definizione della anagrafe della fragilità. Risulta rilevante che il MMG/PLS fornisca le indicazioni comportamentali indicate al singolo caso questi soggetti, unitamente a quelli già noti come fragili ai MMG/PLS, nonché ai famigliari ed agli operatori dei servizi attivati. Va inoltre previsto

un adeguato passaggio all'eventuale Medico sostituto delle informazioni necessarie per garantire la continuità clinica, terapeutica e assistenziale dei malati critici.

La collaborazione dei MMG è infine indispensabile per l'integrazione della banca dati dei soggetti suscettibili, mediante segnalazione alla ATS, attraverso canale comunicativo dedicato, il nome dei propri assistiti che presentano condizioni socio ambientali critiche: età uguale o superiore ai 74 anni o inferiore a 1 anno con patologie croniche, con un basso livello socio-economico, che vivono in abitazione piccola, isolata, ai piani alti, priva di condizionamento, privi di una rete familiare e/o di sostegno, non seguiti dai servizi.

La comunicazione e l'informazione istituzionale

Essenziale per il buon esito del programma è il momento della comunicazione/informazione, e al riguardo la Direzione dell'Agenzia ha promosso una serie di iniziative rivolte agli anziani e loro familiari, ai MMG/PDF e agli operatori. Esse prevedono:

- l'attivazione del numero verde **800-99.59.88**, in gestione ad AUSER, per fornire informazioni alla popolazione e orientare verso i servizi più adeguati a risolvere problematiche legate all'emergenza caldo, che risponde nelle 24 ore 7 giorni su 7;
- la creazione di un punto di riferimento quotidiano, sabato e domenica inclusi, in grado di ricevere le previsioni meteorologiche e metterle a disposizione, tramite il sito aziendale, dei diversi soggetti coinvolti negli interventi di sostegno;
- la promozione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sul tema;
- la divulgazione delle iniziative tramite gli organi di stampa ed il sito web dell'ATS.

Sul sito dell'ATS di Brescia, www.ats-brescia.it, sarà possibile scaricare il Piano Caldo 2016, il materiale informativo regionale e consultare quotidianamente, fino al 15 settembre, le previsioni meteorologiche per la città di Brescia tramite il link del Ministero della Salute e quelle per la provincia inviate da ARPA Lombardia, al fine di fornire quotidianamente informazioni ai diversi soggetti coinvolti negli interventi di sostegno.

La gestione degli interventi

La Direzione Sanitaria, in sinergia con la Direzione Sociosanitaria, definisce i programmi di intervento e, per il tramite del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, assicura la gestione operativa di una parte rilevante degli interventi sulla base delle indicazioni contenute nel presente Piano, tenendo conto delle peculiarità e valorizzando le risorse sociali locali.

Si possono distinguere le tipologie di intervento in funzione di due fasi connesse rispettivamente ad un periodo di condizioni climatiche ed ambientali nei limiti ordinari e ad un periodo considerato di emergenza.

Fase di prevenzione in condizioni ordinarie

In questa fase si dovrà procedere sulla base dello schema descritto nella seguente tabella.

Soggetto che attiva l'intervento	Tipologia di intervento	Altri soggetti coinvolti
Direzione Generale Welfare	-Definizione delle modalità di costruzione dell'anagrafe della fragilità. -Indicazioni in merito al programma degli interventi, continuativi e straordinari, da attivare in caso di elevate temperature.	

	<ul style="list-style-type: none"> -Richiesta di attivazione di numero verde come servizio di informazione alla popolazione. -Richiesta di un punto di riferimento quotidiano, sabato e domenica inclusi, in grado di ricevere le previsioni meteorologiche e successivamente inoltrarle ai diversi soggetti coinvolti negli interventi di sostegno. 	
Direzione Generale	-Comunicazione alla Direzione Generale Welfare del Piano degli interventi	
Direzione Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> -Predisposizione del Piano degli interventi -Coordinamento e supervisione degli interventi. -Promozione di una campagna di comunicazione/informazione. -Coordinamento per la realizzazione della banca dati dei soggetti a rischio. -Recepimento delle informazioni sulle condizioni meteorologiche e invio ai diversi soggetti coinvolti negli interventi di sostegno attraverso il Nucleo Operativo Piano Caldo. -Invito alle ASST e Strutture per far fronte all'aumento dei ricoveri. -Coordinamento dei rapporti con i MMG/PDF/MCA e iniziative di informazione/sensibilizzazione nei loro confronti. - Ricezione delle segnalazioni di soggetti fragili da parte di MMG/PDF, Comuni e Terzo Settore. -Gestione del Centro di Riferimento Locale dedicato al recepimento, 24 ore su 24 inclusi sabato e festivi, dei bollettini meteorologici giornalieri, mettendoli successivamente a disposizione dei diversi soggetti coinvolti negli interventi di sostegno. -Gestione di un recapito telefonico, attivo 24 ore su 24, per 7 giorni su 7, per le comunicazioni di emergenza. 	ASST e strutture di ricovero, MMG/PDF
Direzione Sociosanitaria, e Comuni, di concerto	<ul style="list-style-type: none"> -Attivazione del numero verde di informazione per i cittadini attraverso la collaborazione dell'AUSER. -Protocolli per le dimissioni protette; invito alle ASST per sensibilizzare gli operatori delle UCAM. -Azioni di informazione, stimolo e coinvolgimento delle RSA, CDI, RSD, CSS e Strutture Riabilitative Residenziali Socio-Sanitarie; sensibilizzazione degli enti erogatori dell'assistenza domiciliare, per un adeguamento dei livelli di assistenza, segnalazioni di situazioni critiche, monitoraggio pazienti, ecc. -Valutazione delle possibilità e delle modalità di potenziamento degli interventi di assistenza domiciliare in accordo con le Strutture/gli Enti erogatori. 	ASST, RSA, CDI, RSD, CSS, e Strutture Riabilitative Residenziali Socio-Sanitarie; soggetti accreditati per l'erogazione dell'assistenza domiciliare; Comuni, Associazioni di Volontariato, Strutture/Enti erogatori dell'assistenza

	-Sensibilizzazione e coinvolgimento dei servizi sociali comunali e delle associazioni del terzo settore.	
Comuni	-Segnalazione di particolari situazioni di fragilità ad ATS. -Contatti e accordi con le associazioni del terzo settore. -Verifica delle capacità d'offerta e della disponibilità di spazi per accoglienza temporanea sia propri che da parte di RSA e CDI e soggetti privati. -Attivazione di una rete di protezione dell'anziano a rischio (buon vicinato). -Realizzazione di piani di intrattenimento. -Definizione delle modalità di potenziamento degli interventi e implementazione dei servizi sociali (soggiorni climatici, SAD, telesoccorso, ecc.). -Gestione operativa dei piani di emergenza degli interventi in presenza di condizioni di allarme meteorologico. -Organizzazione e gestione di punti di riferimento ai quali rivolgersi per segnalazioni e informazioni.	Associazioni del Terzo Settore, RSA, CDI
ASST	-Monitoraggio delle persone assistite a domicilio attraverso le UCAM e i servizi territoriali. -Punto di riferimento a cui rivolgersi per segnalazioni e informazioni per tramite delle UCAM.	

Fase di crisi ed emergenza

Per fase di crisi ed emergenza si intende il verificarsi di condizioni oggettive tali da determinare l'attivazione di interventi straordinari al fine di prevenire eventi mortali. I criteri e parametri di riferimento che presuppongono l'attuazione dei Piani di emergenza sono stabiliti dalle informazioni sulle condizioni climatico-ambientali che pervengono giornalmente dal Ministero della Salute e dall'ARPA Lombardia.

A fronte della previsione di ondate di calore, il Nucleo Operativo Piano Caldo informa la Direzione Strategica, e invia le comunicazioni di allerta a MCA e Guardia Turistica, alle Direzioni Sanitaria e Sociosanitaria delle ASST, alle Direzioni Sanitarie dei privati accreditati, ai Responsabili Sanitari di RSA e RSD, in modo che attivino le conseguenti azioni di tutela previste per le persone fragili. Anche i Comuni attivano le azioni previste in situazione di allerta.

Il Direttore Sanitario informa la Direzione dell'ATS sull'andamento della situazione della fase di emergenza.

Appendice 1: Fattori di rischio positivamente associati in modo statisticamente significativo alla mortalità

appendice-1 Fattore Rischio	Fonte	categorie	Odd ratio	p value
Età	anagrafica	categorie: riferimento= <65 anni , poi 65-69, 70-74,75-79, 80-84. 85-89, 90-94, 95-99, 100 e più	4,8; 6,6; 9,3; 14,7; 24; 42; 66; 112	<0,0001
Sesso	anagrafica	M/F	0,61	<0,0001
Trapianto	BDA (algoritmo)	presa in carico per patologia nel corso dell'anno: si/no	1,52	<0,0001
Insufficienza renale	" "	"": si/no	1,28	<0,0001
HIV/AIDS	" "	"": si/no	3,96	<0,0001
Neoplasia	" "	"": si/no	3,54	<0,0001
Diabete	" "	"": si/no	1,27	<0,0001
Ipertensione arteriosa	" "	"": si/no	1,05	0,008
Cardiopatia	" "	"": si/no	1,05	0,012
Vasculopatia	" "	"": si/no	0,99	0,703
Broncopneumopatia	" "	"": si/no	1,34	<0,0001
Epatopatia	" "	"": si/no	1,95	<0,0001
EGDpatia	" "	"": si/no	1,19	<0,0001
Neuropatia	" "	"": si/no	1,21	<0,0001
Malattie Autoimmuni	" "	"": si/no	0,87	0,033
Malattie Endocrine	" "	"": si/no	0,92	0,022
Malattie Rare	" "	"": si/no	1,13	0,126
Malattia Psichiatrica grave	" "	"": si/no	1,27	<0,0001
Ricovero in urgenza	SDO	N° ricoveri urgente nel corso dell'anno: riferimento=0, 1-2, 3-5, 6 e più	1,74	<0,0001
Accessi al Pronto Soccorso	PS	N° accessi al Pronto Soccorso nel corso dell'anno: riferimento=0, 1-2, 3-5, 6 e più	1,19	<0,0001
Esenzioni per invalidità	esenzioni	una qualsiasi precedente esenzione per invalidità: si/no	2,25	<0,0001
Scompenso	algoritmo (SDO+esenzioni)	precedente diagnosi o esenzione per scompenso cardiaco: si/no	1,42	<0,0001
Ictus	SDO	precedente diagnosi di Ictus: si/no	1,45	<0,0001
IMA	SDO	precedente diagnosi di Infarto miocardico acuto: si/no	1,06	0,056
Demenze	algoritmo (SDO+esenzioni+SOSIA+SISA+VIVIDI+farmaceutica+piani terapeutici)	precedente diagnosi di demenza: si/no	1,48	<0,0001
Presa in carico presso RSA	SOSIA	in carico presso RSA in corso dell'anno: si/no	1,72	<0,0001
Presa in carico presso ADI	SISA	in carico presso ADI in corso dell'anno: si/no	2,23	<0,0001
Presa in carico presso altri Servizi Socio Sanitari	VIVIDI	in carico presso altri servizi Socio Sanitari in corso dell'anno: si/no	1,05	0,23