



***Regione Puglia  
Assessorato alle  
Politiche della  
Salute***

**PIANO REGIONALE DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA  
AGLI EFFETTI SULLA SALUTE UMANA  
DELLE ONDATE DI CALORE ANOMALO**

## DEFINIZIONI

<b>ADI</b>	Assistenza Domiciliare Integrata
<b>DS</b>	Distretto Sanitario di Base
<b>MMG</b>	Medici di medicina generale
<b>OER</b>	Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia
<b>PLS</b>	Pediatri di libera scelta
<b>RSA</b>	Residenze sanitarie assistenziali
<b>SDO</b>	Schede di Dimissione Ospedaliera
<b>SISP</b>	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
<b>USE</b>	Unità Operativa Complessa di Epidemiologia e Statistica

# INDICE

Introduzione

Il quadro geo-climatico della Regione Puglia

L'anagrafe della fragilità della Regione Puglia

- Anziani fragili
- Neonati fragili

Prevenire e gestire le ondate di calore

- La catena di comando
- La sorveglianza geo-climatica
- La sorveglianza epidemiologica
- Attività ospedaliere
- La sorveglianza attiva della popolazione fragile
- Il call center aziendale per l'emergenza calore
- Attività di prevenzione

Formazione

Comunicazione

Allegati

## INTRODUZIONE

A livello internazionale, è ormai largamente accettata l'evidenza che l'atmosfera terrestre si sta riscaldando. Una conseguenza immediata di questo fenomeno è l'intensificarsi della frequenza con cui le ondate di calore potranno interessare le nostre latitudini. Nonostante sia molto difficile calcolare gli effetti che i cambiamenti climatici in atto avranno sulla salute delle popolazioni, tutte le principali organizzazioni internazionali, dall'**International Panel for Climate Change** all'Organizzazione Meteorologica Mondiale, fino all'Organizzazione Mondiale della Sanità, esortano a mettere a punto piani preventivi di gestione degli eventi estremi e di ricerca sui loro effetti, ambientali e sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in particolare, sottolinea che gli effetti sulla salute delle variazioni del clima, in particolare quelli legati all'aumento progressivo della temperatura del pianeta, sono tra i problemi più rilevanti di salute pubblica che i Paesi europei dovranno affrontare efficacemente nei prossimi anni per evitare un notevole carico di sofferenza e morte nei gruppi più suscettibili della popolazione<sup>1</sup>.

I dati raccolti negli ultimi anni dimostrano infatti che le ondate di calore hanno effetti tali sulla mortalità da costituire un rilevante problema di Sanità Pubblica. Le elevate temperature estive, specialmente se accompagnate da alti tassi di umidità, sono associate a un incremento di mortalità, in particolare in adulti di età superiore ai 65 anni.

Nel 2003 una grave ondata di calore si è verificata in molti Paesi europei con un drammatico incremento della mortalità osservata rispetto a quella attesa. In Italia, nello stesso periodo si è osservato un eccesso di oltre 3000 decessi e uno studio condotto nella sola città di Bari, ha evidenziato che le principali cause di morte per le quali si era osservato un significativo incremento, erano dovute a patologie cardiovascolari, neurocognitive, setticemia, malattie respiratorie, insufficienza renale e senectus.

Una indagine nazionale effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2004, che ha riguardato le 21 città capoluogo di Regione ha stimato un eccesso di mortalità, tra il 2002 ed il 2003, relativamente agli ultrasessantacinquenni e al periodo 16 luglio-31 agosto, pari a quasi 8000 decessi. Il 92% dei decessi ha interessato gli anziani di età uguale o maggiore a 75 anni. Tale dato si riferisce soprattutto agli anziani residenti nelle grandi città a causa della maggior solitudine e della presenza della cosiddetta **isola di calore**<sup>2</sup>.

Un successivo studio caso-controllo è stato svolto dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia nell'estate del 2005 sempre nella città di Bari, allo scopo di identificare, durante un'ondata di calore nella città di Bari, i

---

<sup>1</sup> Meusel D., Menne B., Kirch W., Bertollini R. and the Bratislava Collaborating Group □ *Public health responses to extreme weather and climate events* □ Journal of Public Health, 2004

<sup>2</sup> Conti S, Masocco M, Meli P, Minelli G, Solimini R, Toccaceli V, Vichi M, *Indagine epidemiologica rapida sulla mortalità estiva 2004: rapporto finale, riguardante il trimestre dell'Estate Meteorologica 2004*, [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)

fattori di rischio associati alla mortalità per cause direttamente correlate al calore oppure nelle quali il calore può aver agito da fattore scatenante, nella popolazione di età superiore ai 64 anni.

Lo studio ha evidenziato come nella popolazione target i soggetti con una salute più fragile e con gravi limitazioni dell'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana si sono rivelati a maggior rischio di morte da cause attribuibili al caldo<sup>3</sup>.

In questo quadro si impone la necessità per le Regioni di dotarsi di piani di sorveglianza, prevenzione e risposta agli effetti sulla salute delle ondate di calore, come già raccomandato dal Ministero della Salute nel 2006<sup>4</sup>.

Il presente piano, raccogliendo le raccomandazioni espresse dalle organizzazioni internazionali e dalle istituzioni nazionali, individua le procedure di lavoro, i ruoli gestionali e quelli operativi, le modalità di scambio di informazione a tutti i livelli, per riuscire a gestire l'emergenza in modo efficace.

Il piano ha lo scopo di favorire una gestione coordinata e consapevole da parte degli operatori delle Aziende Sanitarie Locali delle situazioni di allerta e di emergenza, senza avere la pretesa di poter prefigurare ogni contesto o preconfezionare ogni adempimento.

Un ruolo centrale nello sviluppo delle azioni di sorveglianza e prevenzione è affidato al Distretto Sanitario di Base, che dovrà adempiere tale mandato ricercando le necessarie sinergie con tutte le altre strutture sanitarie e sociali competenti sul problema (Dipartimento di Prevenzione, Servizi Sociali, Associazioni di volontariato ecc).

---

<sup>3</sup> Di Renzi M, Ciancio B, Binkin N, Perra a, Prato R, Bella A, Germinario C, Balducci M T, Caputi G, Fusco A, Ladalardo C, Martinelli D, Pastore R, Spica A, *Fattori di rischio di morte in occasione delle ondate di calore: risultati di uno studio caso controllo, Bari (Estate 2005)*, Inserto BEN Not Ist Super Sanità 2006; 19 (7-8):i-ii

<sup>4</sup> Ministero della Salute, Centro Nazionale Prevenzione e Controllo delle Malattie, *Linee guida per preparare piani di sorveglianza e risposta verso gli effetti sulla salute di ondate di calore anomalo*, Roma 28 giugno 2006

## **IL QUADRO GEOCLIMATICO DELLA REGIONE PUGLIA**

Per le finalità del piano è necessario definire con precisione i valori di temperatura, di umidità e di movimentazione di aria per i quali si deve giudicare uno stato di assenza di pericolo, di allerta o di vera e propria emergenza.

Tali valori non sono definiti a priori né sono oggettivi, in quanto dipendono da fattori come le temperature medie annuali (popolazioni che vivono stabilmente a temperature più elevate hanno una maggiore resistenza agli effetti del calore) e la percezione individuale della temperatura.

I valori soglia non possono essere uniformi su tutto il territorio regionale, in quanto si deve tener conto che essi saranno più bassi negli aggregati urbani (la città per la sua struttura costituisce la cosiddetta "isola di calore") e più alti nelle zone rurali e costiere.

Tali valori potranno essere stabiliti solo dal confronto tra l'archivio storico dell'andamento delle variabili climatiche e della mortalità per tutte le cause. In questo senso viene richiesto per la realizzazione del piano la consulenza del servizio meteorologico della Stazione Militare di Gioia del Colle.

L'individuazione dei valori soglia di allerta/emergenza climatica verrà realizzata entro 10 giorni dall'approvazione del presente piano.

## L'ANAGRAFE DELLA FRAGILITÀ DELLA REGIONE PUGLIA

Gli interventi di sorveglianza e prevenzione delle ondate di calore sulla salute umana non possono essere realizzati "a pioggia", ma devono individuare popolazioni target specifiche, per le quali esiste una particolare suscettibilità ed un reale rischio di salute.

Il concetto di "fragilità" indica l'esistenza di una ridotta riserva funzionale per rispondere a sollecitazioni esterne che possono indurre squilibri e veri e propri scompensi.

L'identificazione della popolazione "fragile" è volta a selezionare la quota di individui che risultano particolarmente sensibili agli effetti delle ondate di calore verso cui indirizzare idonei e specifici interventi di sorveglianza attiva e di prevenzione.

### **Anziani fragili**

La definizione di anziano fragile non è facile dal punto di vista concettuale e molte sono le definizioni utilizzate, derivanti da quelle discusse nella letteratura geriatrica nazionale e internazionale.

La definizione utilizzata nel presente piano non è di tipo concettuale ma operativo e deriva dai risultati degli studi epidemiologici recenti condotti anche in Italia sulle ondate di calore, che hanno permesso di individuare i principali fattori di rischio associati all'aumento della mortalità, e tiene conto delle fonti di dati correnti disponibili per la Regione Puglia.

I criteri di inclusione nella popolazione utilizzati sono:

- età > 64 anni
- residenza in Puglia
- almeno un ricovero per malattie delle ghiandole endocrine e degli elettroliti, disturbi psichici, malattie neurologiche, malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, malattie polmonari croniche, malattie del fegato, insufficienza renale
- condizioni socio economiche di rischio
- condizioni familiari celibe/nubile, vedovo, divorziato

I criteri di esclusione sono:

- immissione in regime di ADI
- ricovero in RSA
- convivenza con figli o altri parenti
- presenza di badante

La popolazione anziana "fragile" viene individuata a partire dagli archivi di dati sanitari esistenti; in particolare verranno utilizzati l'Archivio Regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera, gli archivi distrettuali dei pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata e dei ricoverati presso le Residenze Sanitarie Assistenziali, nonché la consulenza dei medici di base.

L'OER utilizza le SDO relative agli anni 2003-2005 a partire dalle quali individua i pazienti che corrispondono ai seguenti criteri:

- residenza in Puglia
- modalità di dimissione diversa da "deceduto"
- età maggiore di 64 anni
- stato civile: vedovo7a, celibe, nubile
- almeno un ricovero per:

Patologia	ICD-9 CM
Malattie dell'apparato endocrino	240-246
Alterazioni degli elettroliti	250; 276
Disturbi psichici e malattie neurologiche	290-299; 330-349
Malattie cardiocircolatorie	394.0-397.1, 424, 746,3-746,6; 093.2; 401-405; 410-417; 426- 428; 430-438
Malattie dell'apparato respiratorio	490-505
Malattie epatiche	570-572
Insufficienza renale	584-588
Depressione	300.4, 301.1, 309.0, 311

Dopo aver eliminato i ricoveri ripetuti, viene realizzato un elenco per ogni provincia pugliese, contenente le seguenti informazioni:

- cognome, nome
- codice fiscale
- data di nascita
- luogo di nascita
- comune di residenza
- diagnosi principale all'ultimo ricovero

Ogni elenco provinciale viene inviato in formato elettronico alla Unità Operativa di Epidemiologia e Statistica della ASL competente per il corrispondente territorio provinciale.

L'USE provvede a:

- verificare l'esistenza in vita dei soggetti immessi nell'elenco
- creare degli elenchi per Distretto Sanitario di Base (DS)

Gli elenchi suddivisi per DS vengono trasmessi in formato elettronico alle Direzioni dei DS che provvedono a:

- cancellare dall'elenco i soggetti inseriti in ADI o ricoverati in RSA
- creare degli elenchi suddivisi per medico di medicina generale

Gli elenchi vengono inviati in formato cartaceo ai Comuni, che provvedono a:

- effettuare una ulteriore verifica sull'esistenza in vita dei soggetti immessi nell'elenco
- cancellare i soggetti che vivono con coniuge o parenti o badante
- inserire l'elenco dei soggetti con "fragilità" dovuta a condizioni socio economiche, familiari e di rischio ambientale segnalate o conosciute secondo la scheda allegata al presente piano, che dovrà essere compilata e inviata in copia al DS, che provvederà all'OER .

Gli elenchi corretti ed integrati vengono inviati al DS, che predispone l'anagrafe della fragilità ed inoltra a ciascun medico di famiglia l'elenco degli assistiti da sottoporre a sorveglianza.

Gli elenchi verranno quindi forniti in formato elettronico alle USE, che li aggregano e quindi all'OER, che costituisce l'archivio regionale.

### ***Neonati fragili***

L'identificazione dei soggetti fragili di età pediatrica è legata all'esistenza di patologie congenite o comunque croniche, a condizioni di isolamento sociale o comunque difficoltà concrete nell'assistenza e nella tutela genitoriale.

I criteri di inclusione nell'anagrafe dei neonati fragili sono pertanto:



- età inferiore a un anno
- presenza di patologie congenite, croniche o malattie rare
- presenza di un solo genitore o situazioni comunque limitanti le possibilità di assistenza da parte dei genitori/tutori
- rischio ambientale legato alle condizioni abitative

L'anagrafe dei neonati fragili viene costituita come segue:

- I DS elaborano gli elenchi dei bambini di età inferiore a un anno residenti nei Comuni del Distretto e li trasmettono ai Comuni. Gli elenchi contengono le seguenti informazioni:
  - cognome, nome
  - codice fiscale
  - data di nascita
  - luogo di nascita
  - comune di residenza
- I Comuni provvedono a effettuare la verifica dell'esistenza in vita e a segnalare i soggetti per cui esistono situazioni di rischio ambientale e limiti dell'assistenza genitoriale/tutoriale, inviando quindi l'elenco al DS
- I DS formano gli elenchi dei soggetti fragili per Pediatra di Libera Scelta di afferenza, che inviano in formato cartaceo a ogni Pediatra, nonché l'anagrafe dei neonati fragili di DS che inviano in formato elettronico all'OER.

## PREVENIRE E GESTIRE LE ONDATE DI CALORE

Le attività di prevenzione e gestione, all'interno di un quadro generale di riferimento, devono trovare idonea collocazione in strutture sanitarie e periferiche, immediatamente a contatto con i cittadini e le collettività e che pertanto ne possono a pieno comprendere i bisogni e valutare tempestivamente evoluzioni e cambiamenti.

Per questo il ruolo chiave nella gestione delle attività del piano è attribuito ai DS, ai Dipartimenti di Prevenzione e ai Comuni.

### **Catena di comando**

La responsabilità della predisposizione delle attività di prevenzione, del coordinamento a livello regionale e della gestione di tutte le azioni da realizzarsi in corso di una ondata di calore anomalo è affidata all'Assessorato alle Politiche della Salute, che si avvale della consulenza tecnico scientifica dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e della Asso.Co.Di.Puglia-Servizio Agrometeorologico della Regione Puglia (Istituito con L.R. n. 24 del 11.05.1990).

In caso di situazione ad elevato rischio per l'incolumità della popolazione è prevista la dichiarazione dello stato di emergenza ai sensi dell'articolo 5, comma 1 della legge n. 225/92, di competenza del Presidente del Consiglio dei Ministri. In tale circostanza le attività finalizzate a fronteggiare l'emergenza sono svolte dai Comitati Operativi della Protezione Civile, che, sia a livello regionale che provinciale, sono integrati rispettivamente dall'OER e dalle strutture specialistiche di prevenzione sanitaria della ASL ciascuna per il proprio ambito di competenza.

In ogni Azienda Sanitaria Locale è costituito un tavolo tecnico, denominato *Comitato "Calore" Aziendale*, con il compito di coordinare tutte le attività da svolgersi sul territorio provinciale.

Tale comitato è costituito da:

- Direttore Sanitario Aziendale, con funzioni di presidente
- I Direttori di DS
- 2 rappresentanti dei MMG designati dal Comitato aziendale
- 1 rappresentante dei PLS designati dal Comitato aziendale
- 1 Rappresentante della Conferenza dei Sindaci della Provincia
- Il Responsabile del Dipartimento di Prevenzione.

Presso ogni Distretto Sanitario di Base è istituito un *Comitato "Calore" Distrettuale*, con il compito di pianificare, coordinare, curare la realizzazione di tutte le iniziative di sorveglianza e prevenzione realizzate sul territorio del Distretto.

Il Comitato è composto da:

- Il Direttore del DS con funzioni di presidente
- Un medico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
- I Sindaci dei Comuni del DS
- I Direttori dei Presidi Ospedalieri insistenti nel DS (compresi i direttori di strutture private accreditate con servizio di Pronto Soccorso)
- 2 rappresentanti dei MMG designati dal Comitato aziendale
- 1 rappresentante dei PLS designati dal Comitato aziendale

La costituzione e i piani operativi di ciascuna azienda costituiscono debito informativo alla Regione, all'OER ai fini del monitoraggio. Il Comitato aziendale può realizzare un progetto pilota di custodia socio-sanitaria in Comuni o gruppi di Comuni anche con il coinvolgimento dei volontari del Servizio Civile.

### ***Sorveglianza geoclimatica***

I compiti di sorveglianza geoclimatica sono attribuiti alla Asso.Co.Di.Puglia, che invia giornalmente all'OER e all'Assessorato alle Politiche della Salute le previsioni relative ai tre giorni successivi.

A seconda delle condizioni climatiche previste viene indicato lo stato di "assenza di rischio", "allerta", "situazione a rischio di effetti negativi sulla salute umana".

Le informazioni vengono diffuse a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale al Direttore Sanitario dell'Azienda territoriale che provvede a trasmetterle ai Direttori di DS e ai Direttori di Presidio Ospedaliero.

I Direttori di DS inviano comunicazione:

- Ai sindaci;
- Ai servizi di continuità assistenziale e ai pronto soccorso estivi;
- Ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta.

Le informazioni vengono altresì pubblicate sul sito web della Regione Puglia. Tutte le comunicazioni sono trasmesse via mail; nel caso dei MMG e PLS per via telefonica.

### ***Sorveglianza epidemiologica***

L'attuazione del presente piano prevede la messa a punto di un sistema di sorveglianza articolato per il tempestivo riconoscimento degli effetti sulla salute delle ondate di calore

A tal fine nei giorni di allerta o di emergenza:

- I servizi di Pronto Soccorso inviano giornalmente via fax all'Unità di Epidemiologia e Statistica della ASL competente un rendiconto delle prestazioni eseguite, secondo modello allegato al presente piano
- Le direzioni mediche dei Presidi Ospedalieri inviano giornalmente via fax all'Unità di Epidemiologia e Statistica della ASL competente un rendiconto del bilancio dei ricoveri, secondo modello allegato al presente piano
- I servizi demografici dei comuni inviano via fax giornalmente all'Unità di Epidemiologia e Statistica della ASL competente un rendiconto del numero dei morti, secondo, secondo modello allegato al presente piano

Le Unità di Epidemiologia e Statistica aggregano i dati, li analizzano e li trasmettono all'OER, che coordina le attività di sorveglianza epidemiologica sul territorio regionale

### ***Attività ospedaliere***

A seguito della comunicazione di intervenuta allerta o di situazione di rischio di effetti negativi sulla salute umana per ondata di calore, i Direttori Medici di Presidio dispongono:

- la sospensione di tutti i ricoveri programmati e non urgenti nelle U.O. di Medicina Interna, Pneumologia, Neurologia, Pediatria, Cardiologia, Geriatria
- l'eventuale implementazione transitoria dell'organico delle strutture di Pronto soccorso, attraverso l'adozione di disposizioni temporanee di servizio con estensione temporale massima di giorni due.

### ***Sorveglianza attiva della popolazione fragile***

Ai MMG, ai PLS e ai servizi di continuità assistenziale, ivi comprese le strutture di primo soccorso dei luoghi di villeggiatura, è attribuito il compito della sorveglianza attiva degli soggetti individuati come fragili ed elencati negli elenchi predisposti secondo le previsioni del presente piano.

La sorveglianza dei soggetti fragili, individuati dai Comuni, e non ricompresi nell'anagrafe distrettuale dei soggetti fragili rimane a carico degli stessi Comuni.

La sorveglianza attiva comporta:

- I DS inviano ai MMG e ai PLS l'elenco dei propri assistiti che corrispondono ai criteri di individuazione dei soggetti fragili di cui al presente piano;
- L'attivazione di una ADP straordinaria, in deroga al tetto previsto dall'accordo, che prevede almeno una visita domiciliare nei giorni di allerta/emergenza, ai soggetti fragili, al fine del monitoraggio delle loro condizioni di salute, con l'aggiornamento della cartella clinica domiciliare al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- qualora si palesino situazioni di rischio per i soggetti sottoposti a sorveglianza, l'attivazione dei sistemi di emergenza sanitaria e sociale territorialmente competenti secondo il piano operativo aziendale e i piani attuativi elaborati dai Comitati distrettuali.

Per ogni accesso effettuato nell'ambito del suddetto piano attuativo verrà corrisposta per i MMG la tariffa prevista per l'accesso in ADP di cui al punto 13 punto 02 della DGR n. 566/04 (contratto integrativo 2004 ) e per i PLS il compenso di cui all'art. 12 comma 2 lett. B della DGR 565/2004.

Il programma di presa in carico diurno dei pazienti fragili di cui all'anagrafe distrettuale viene concordato nell'ambito del Piano Operativo Distrettuale e prevede il coinvolgimento dei MMG e PLS e dai medici di continuità assistenziale al fine di garantire le attività previste anche nei giorni prefestivi e festivi, nonché in caso di elevato carico di lavoro dei MMG e PLS.

### ***Call center aziendale***

Viene istituito presso ciascuna ASL un call center dedicato all'emergenza calore aperto nelle ore diurne, sia nei giorni festivi che feriali a partire dal 15 maggio e fino al 31 agosto<sup>5</sup> che integra le funzioni svolte dal Call Center 1500 del Ministero della Salute.

L'istituzione del call center viene comunicata da parte del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria all'Assessorato alle Politiche della Salute, al Ministero della Salute e all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, con l'indicazione del

---

<sup>5</sup> Per l'anno 2007 le attività dei Call Center aziendali hanno inizio il 1 luglio 2007

numero di telefono di riferimento, del numero e della qualifica degli operatori adibiti.

Il call center fornisce informazioni sugli effetti delle ondate di calore sulla salute umana, sulla prevenzione e sui servizi attivati a livello aziendale, distrettuale e comunale.

Nel caso in cui venga riconosciuta nel corso della consultazione telefonica una situazione di rischio (abbandono, aggravarsi repentino delle condizioni di salute) l'operatore provvede all'attivazione dei servizi di emergenza sanitaria e sociale territorialmente competenti.

Le attività del call center sono annotate su apposito registro informatico.

Alle attività del call center è adibito personale medico.

### ***Attività di prevenzione***

Sono mantenute e implementate attività di prevenzione come:

- il trasporto degli soggetti fragili presso strutture climatizzate come casere, cinema o ipermercati
- prolungamento dell'orario di apertura delle piscine pubbliche e accesso gratuito
- facilitazioni per il trasporto dei soggetti fragili a piscine, centri ricreativi
- campagne di comunicazione locale sulla prevenzione dei rischi da ondata di calore.

Tali attività vengono realizzate sotto il coordinamento del Comitato Calore Aziendale che si avvale della competenza degli enti locali. E' anche previsto il coinvolgimento di parrocchie, associazioni di volontariato, centri giovanili e altre strutture del terzo settore.

## FORMAZIONE

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale cura una specifica attività di formazione sui temi della organizzazione e gestione degli interventi sanitari in occasione di una ondata di calore.

Tale attività si svolge con il metodo *trainers for trainers* ed è rivolta ai formatori regionali, individuati nei:

- Direttori di DS
- Funzionari o dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni, designati dalle Conferenze Provinciali dei sindaci
- Responsabili dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica o dirigenti medici da loro delegati
- 2 rappresentanti dei MMG per ogni ex ASL designati dal Comitato Regionale
- 1 rappresentante dei PLS per ogni ex ASL designati dal Comitato Regionale.

I formatori regionali provvedono a realizzare nel territorio di ogni singola ASL un corso di formazione locale, rivolto a:

- Dirigenti medici dei DS
- Funzionari o dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni afferenti alla ASL
- MMG
- PLS

La realizzazione dei corsi di formazione locale, con l'indicazione dei soggetti coinvolti, della struttura di afferenza e della categoria professionale, costituisce debito informativo per le ASL nei confronti dell'Assessorato alle Politiche della Salute e dell'OER.

Gli obiettivi di tali attività di formazione sono:

- Creare un background minimo comune di conoscenze sul tema dei rischi per la salute legati alle ondate di calore e sulle attività di prevenzione realizzabili in base alle evidenze scientifiche
- Delineare i contenuti del presente piano
- Consolidare il valore dell'integrazione delle competenze (sanitarie, sociali) nella realizzazioni di azioni a valenza per la salute della popolazione
- Riassumere i principali contenuti del *project management* per i problemi della salute

L'attività formativa è curata da docenti universitari, operatori del Servizio Sanitario Nazionale e della Protezione Civile.

Il programma dell'attività è il seguente:

- Gli effetti delle ondate di calore sulla salute umana: richiami clinici ed epidemiologici
- Le evidenze di efficacia in prevenzione degli effetti delle ondate di calore
- L'anagrafe della fragilità
- Il Piano Calore: ruoli e responsabilità
- La sorveglianza epidemiologica
- La sorveglianza attiva
- Esercitazione: progettare un intervento di prevenzione

## COMUNICAZIONE

Nell'ambito dell'allerta/emergenza causata da ondate di calore, la comunicazione assume un ruolo fondamentale per garantire una gestione partecipata del rischio, a vari livelli: comunicazione tra le istituzioni nazionali, regionali e locali; comunicazione tra gli operatori sanitari coinvolti, comunicazione tra i diversi soggetti sociali che spesso hanno ruoli, competenze e percezioni diverse rispetto al rischio "calore": operatori sanitari, amministratori, cittadini, media, opinion leader.

Una comunicazione trasparente, omogenea e affidabile, in grado di rispondere al bisogno informativo delle persone, di ascoltare e comprendere i loro dubbi e le loro preoccupazioni è la condizione necessaria per fondare un rapporto fiduciario e per accrescere la credibilità delle istituzioni.

Il perfezionamento di competenze relazionali e di strategie comunicative negli operatori sanitari può senz'altro favorire lo sviluppo di una relazione efficace, centrata sulle reali esigenze delle persone.

L'esperienza di passate emergenze conferma l'opportunità di concentrare il proprio sforzo anche locale sulla diffusione di messaggi uniformi e scientificamente validati, anziché sulla produzione di strumenti informativi "in proprio", che in tal caso non usufruirebbero del vantaggio di una forte eco generale.

È in tal senso necessario che si definiscano in maniera puntuale flussi informativi standardizzati e con forte impronta istituzionale e scientifica, tali da poter arginare ogni facile allarmismo originatosi nell'opinione pubblica.

Il fulcro di ogni comunicazione è l'OER che, in accordo con le ASL, come struttura centrale di coordinamento, provvede a diramare le informazioni, secondo gli schemi di cui alle figg. 1 e 2.

Tutti i soggetti indicati nella filiera, qualora vengano a conoscenza di informazioni utili per la gestione del piano, devono notiziare l'OER, ai fini di rigenerare il flusso informativo. Per esigenze di omogeneità nessun soggetto istituzionale deve assumere in proprio iniziative di comunicazione.

Figura 1: Flusso di comunicazione tra le istituzioni coinvolte nella gestione di allerta/emergenza legata a ondata di calore

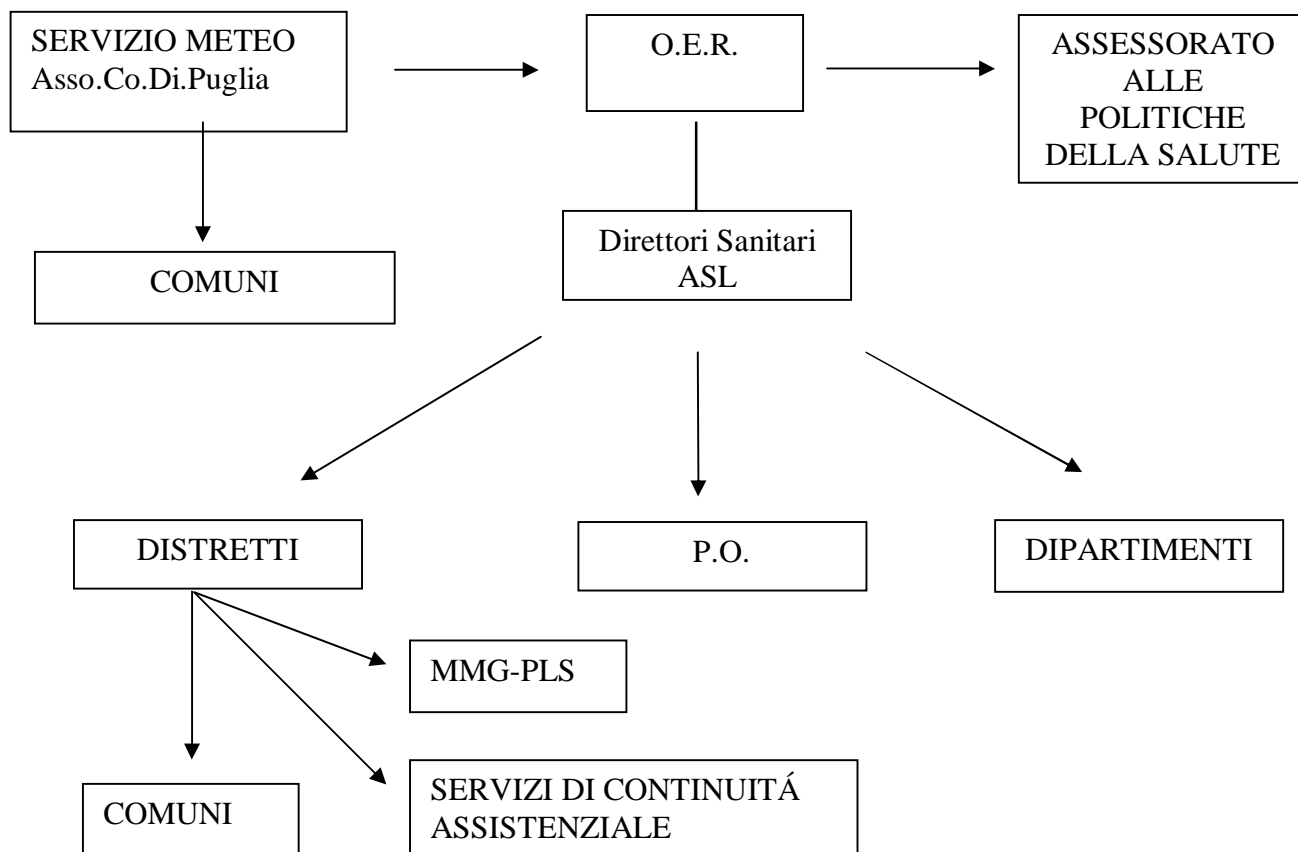
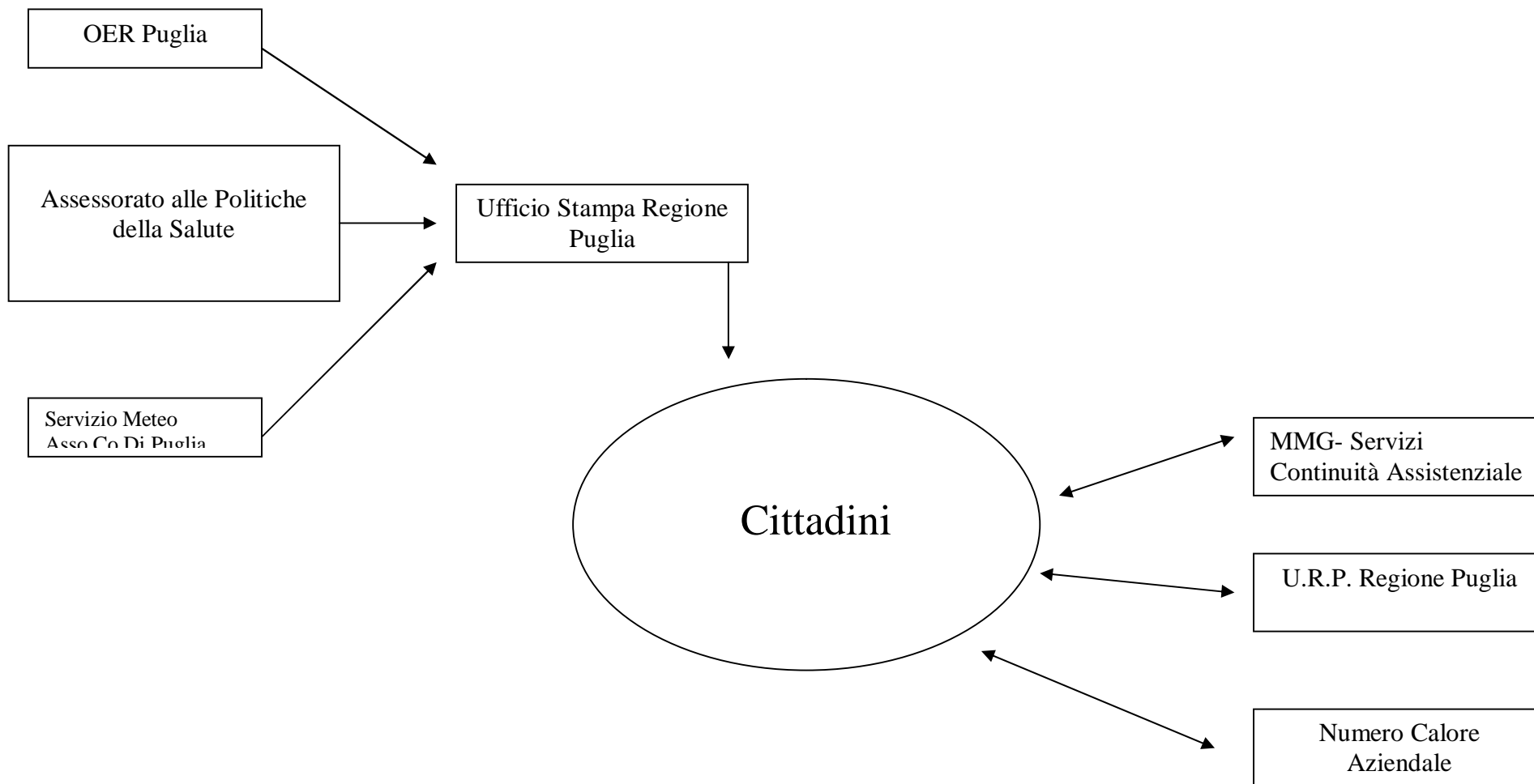




Figura 2: Flusso di comunicazione ai cittadini



ALLEGATO 1: SCHEDA RILEVAZIONE PRESTAZIONI DI PS

ASL \_\_\_\_\_  
Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_  
Stabilimento di \_\_\_\_\_  
U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e di Urgenza

PIANO DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA AGLI EFFETTI SULLA SALUTE DI ONDATE DI CALORE ANOMALO  
ANNO 2007

RIEPILOGO PRESTAZIONI ESEGUITE  
CONDIZIONI CLIMATICHE:  ALLERTA  RISCHIO  
DATA \_\_\_\_\_

TOTALE PRESTAZIONI DI P.S. EROGATE

CLASSE DI ETÁ	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-14			
14-64			
>64			
Pazienti affetti da disidratazione o colpo di calore			

Il dirigente medico

Timbro, firma e numero di telefono

Da compilare ogni mattina ed inviare entro le ore 10 alla Unità di Epidemiologia e Statistica, c.a. dr \_\_\_\_\_ numero di fax \_\_\_\_\_

ALLEGATO 2: SCHEDA RIEPILOGO GIORNALIERO MORTALITÀ

Comune di \_\_\_\_\_

PIANO DI SORVEGLIANZA E RISPOSTA AGLI EFFETTI SULLA SALUTE DI ONDATE DI CALORE ANOMALO  
ANNO 2007

RIEPILOGO GIORNALIERO MORTALITÀ

DATA \_\_\_\_\_

CONDIZIONI CLIMATICHE:  ALLERTA  RISCHIO

TOTALE PRESTAZIONI DI P.S. EROGATE

CLASSE DI ETÀ	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-14			
14-64			
>64			

L'Ufficiale dei servizi demografici  
Timbro, firma e numero di telefono

Da compilare ogni mattina ed inviare entro le ore 10 alla Unità di Epidemiologia e Statistica, c.a. dr \_\_\_\_\_ numero di fax \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI INQUADRAMENTO**

Da compilarsi a cura dei Comuni

COGNOME: \_\_\_\_\_  
NOME: \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

**Informazioni sull'abitazione**

1) abitazione:

 villa con giardino  casa autonoma  casa in condominio2) La casa possiede :  climatizzatore  ventilatore  niente

3) l'ambiente in cui soggiorna abitualmente è adeguatamente ventilato

 sì  no4) l'abitazione possiede una doccia  sì  no

5) Ventila la sua abitazione:

 no  sì 1 al giorno  sì 2 al giorno  sì >2 al giorno**Informazioni sulle abitudini alimentari**6) Quanta acqua beve ogni giorno:  <1 litro  1-2 litri  >2 litri7) Beve caffè:  no  sì 1 al giorno  sì 2 al giorno  sì >2 al giorno8) Beve bevande gassate:  no  sì a volte  sì spesso  sì ogni giorno9) Beve vino o altri alcolici:  no  sì a volte  sì spesso  sì ogni giorno**Informazioni sulle abitudini e i comportamenti**10) In questo periodo vive:  da solo  con familiari  con badante

11) Frequenta persone diverse da quelle che vivono con lei

 mai  raramente  spesso (2-3 volte la settimana)  ogni giorno12) Esce di casa:  raramente  a volte  spesso  ogni giorno

13) Le capita di uscire nelle ore più calde della giornata (11-18)

 raramente  a volte  spesso  ogni giorno

14) fa attività fisica anche leggera (passeggiate a passo svelto, giardinaggio ecc)

 mai  a volte  spesso  ogni giorno