

## ALLEGATO A

**Progetto di sperimentazione della prevenzione di danni alla salute da eccessi di temperatura ambientale sulla popolazione anziana nella Città di Torino  
(Progetto emergenze estive anziani)**

**Riprogettazione delle attività  
Anno 2005**

PREVENZIONE DI DANNI ALLA SALUTE DA ECCESSI DI TEMPERATURA AMBIENTALE NELLA  
POPOLAZIONE ANZIANA DELLA CITTÀ DI TORINO

**Protocolli interventi sociosanitari per l'estate 2005**

**1. IL SISTEMA DI ALLARME (Regione / ARPA)**

Sul sistema di allarme, mantenendo i 4 livelli previsti per il 2004 (nessun eccesso, attenzione, allarme, emergenza) va tenuta presente la necessità di **rafforzare la diffusione delle informazioni (bollettino) sui mezzi di comunicazione** (giornali, pubblicazioni locali, radio, televisioni regionali e locali), negoziando comportamenti di comunicazione che garantiscano una ampia diffusione a livello cittadino, provinciale e regionale. Vanno messi in evidenza i due livelli di rischio più critici (allarme ed emergenza).

Per l'invio del bollettino ai MMG va verificata con l'Arpa la fattibilità di inviare il bollettino mettendo in evidenza i livelli di rischio più elevati (allarme ed emergenza).

**2. DOMICILIARITÀ LEGGERA (Comune Torino)**

**Target** : comunità locale e in particolare anziani dai 65 anni ed oltre – Referenti: Comune di Torino – Dipartimento dei servizi socio assistenziali e Circoscrizioni.

Già nel corso del 2004, alle iniziative di custodia sociale, rivolte ad un target di anziani "vulnerabili" clinicamente, era stato affiancato un intervento rivolto alla totalità della popolazione anziana residente a Torino, denominata "domiciliarità leggera", che vede coinvolti in primis le Circoscrizioni cittadine, per il forte contenuto legato alla valorizzazione delle risorse locali, istituzionali e non, da mettere in rete tra loro.

Spetta infatti alle circoscrizioni, sulla scorta delle linee di indirizzo espresse dalla Giunta Comunale con la deliberazione mecc. n. 05506/19 del 15 luglio 2003 e delle risorse finanziarie decentrate il compito di delineare il proprio piano operativo, costruendo una rete di protezione locale più di tipo preventivo, che renda meno necessario l'intervento individuale nei confronti degli anziani dotati di un discreto livello di autonomia, ma che necessitano comunque di un supporto, vuoi per mancanza di una rete familiare di riferimento, vuoi per incapacità di svolgere autonomamente alcune funzioni legate alla vita quotidiana, anche al fine di prevenire e contrastare l'inevitabile processo di degrado, che altrimenti li coinvolgerebbe.

Ciò comporta la messa in rete di tutti gli interventi, servizi e presidi orientati a soddisfare i bisogni degli anziani inserendovi tutte le risorse attualmente presenti sul territorio, già gestite dalle Circoscrizioni (es.: iniziative per il tempo libero, centri di incontro, centri diurni, comunità alloggio, ecc.), dall'Amministrazione (es. i presidi residenziali per anziani) e dalle organizzazioni del Terzo Settore con sedi e presidi insistenti sul territorio, con una loro forte valorizzazione, per svolgere prestazioni complementari di sostegno alla domiciliarità quali l'accompagnamento, la compagnia, il disbrigo delle pratiche, attraverso la stipula di rapporti convenzionali o contributi per specifici progetti.

Un altro obiettivo della domiciliarità leggera demandato alle circoscrizioni è quello di giungere progressivamente, specie nelle zone caratterizzate da un' alta concentrazione abitativa di anziani alla creazione di centri servizi, denominati "Spazi anziani", che possano porsi al contempo come punto di riferimento informativo nel quartiere, in sinergia con il volontariato locale, e come sede di erogazione di servizi complementari quali lavanderia, bagno, stireria, consumo dei pasti ecc. con evidenti conseguenti economie di scala.

### 3. INTERVENTI DI "DOMICILIARITÀ ATTIVA"

**Target:** popolazione di 75 anni ed oltre "vulnerabili clinicamente" – Referenti: ASL cittadine e Distretti / Medici di Famiglia, Comune di Torino – Dipartimento dei servizi socio assistenziali;

**Contatto con anziani per presentazione delle iniziative di prevenzione degli effetti del caldo sulla salute:** lettera dell'ASL / Distretto e del Comune di Torino / Servizio Socio Assistenziale.

In allegato alla lettera dovrebbero essere inviati i materiali informativi con :

- Indicazioni / raccomandazioni per prevenire gli effetti del caldo sulla salute ed elenco sintetico dei sintomi di "malattia da calore" cui prestare attenzione
- Numero telefonico del Servizio Aiuto Anziani per comunicazioni urgenti ed informazioni sul progetto

#### Attività di monitoraggio attivo.

**Identificazione dei target per l'individuazione del settore "prevalente" di riferimento (sanitario o socio assistenziale)**

##### Fase 1

Validazione da parte dei **Medici di famiglia** della lista dei fragili; selezione/indicazione dei soggetti a carico dei servizi di Cure Domiciliari Sanitarie (ADI, ADP, Servizio Infermieristico Domiciliare, ...); verifica della presenza/affidabilità del caregiver e restituzione di tali liste aggiornate ai responsabili di Distretto / referenti delle Cure Domiciliari

##### Fase 2

Verifica a livello **distrettuale** e identificazione del caregiver per gli anziani "vulnerabili" con un confronto fra **Responsabile di Distretto** e **Responsabili dei Servizi Socio Assistenziali delle circoscrizioni**.

Distribuzione degli anziani in quattro tipologie, utili alla identificazione delle diverse modalità di realizzazione dell'attività di **monitoraggio attivo**:

- **anziano autonomo** nelle funzioni fisiche e psichiche e nella possibilità di spostarsi autonomamente presso un centro climatizzato: supporto telefonico da parte del Servizio Aiuto Anziani, per problemi urgenti o informazioni.
- **anziano con problemi sanitari in atto:** presa in carico da parte del servizio sanitario (**MMG, ADP, Cure Domiciliari**), anche per quel che riguarda l'informazione / riferimenti per il caregiver
- **anziano senza problemi sanitari attivi non / parzialmente autonomo con rete di supporto:** presa in carico da parte dei servizi sociali, per individuazione ed assegnazione di un caregiver che si occupi del monitoraggio attivo
- **anziano senza problemi sanitari attivi non / parzialmente autonomo e privo di caregiver:** presa in carico diretta da parte del servizio socio assistenziale per il monitoraggio attivo

Devono essere assicurati canali di comunicazione efficienti fra i diversi punti della rete, in particolare fra servizi sociali, MMG e Cure Domiciliari Sanitarie, SAA, per segnalazioni di problemi

specifici (mancata continuità del caregiver, comparsa di problemi sanitari, ...), a livello di distretto/circoscrizione .

### Fase 3

Formazione/informazione dei caregiver **individuati a livello locale (a cura dei servizi socio assistenziali e del MMG secondo il servizio prevalente di riferimento):**

- Informazioni precise al caregiver su dove reperire le informazioni sull'andamento del caldo (bollettino Arpa): pubblicazioni locali, televisioni locali, ...
- presentazione del **protocollo di monitoraggio (Allegato 1)**, con riferimenti per interventi urgenti (MMG, SAA, Guardia Medica, 118, ...), oltre al protocollo al caregiver verrà fornita la **lista dei sintomi da malattia da calore** per la individuazione precoce di eventuali comparse di sintomi e attivazione dei servizi di emergenza (**Allegato 1**)
- numeri di riferimento dei servizi (sociali, per chi è in carico ai servizi socio assistenziali e delle Cure Domiciliari sanitarie e MMG per chi è in carico al servizio sanitario)
- riferimento del Servizio Aiuto Anziani per segnalazioni urgenti su problemi di presenza/continuità del caregiver e notifica di comparsa di sintomi da calore.

### Criticità.

- visto che il grosso dell'attività di monitoraggio, modulata secondo i livelli di rischio climatico, verrà svolta dal caregiver, vanno rafforzati gli strumenti di diffusione del bollettino sul caldo a livello di comunità locale attraverso i media (giornali, radio, televisioni).
- visto che una parte dell'attività di monitoraggio prevede l'uso del telefono, con costi a carico del caregiver / volontario, vanno probabilmente previste modalità di rimborso delle spese sostenute per questa attività.

## 4. INDIVIDUAZIONE / CLASSIFICAZIONE ANZIANI FRAGILI CLINICAMENTE E DA VULNERABILITA' DI RETE

La proposta è quella di partire sempre dalla selezione, su base anagrafica, delle persone di 75 anni ed oltre, residenti a Torino, non istituzionalizzate, con almeno un ricovero ospedaliero nei 12 mesi precedenti il 1° aprile 2005 o una poliprescrizione farmaceutica (anno 2004), integrata dalle informazioni dei Distretti su utenti in ADP, ricoveri in strutture (RSA, RAF) e, da parte del Comune, sugli anziani in carico ai servizi sociali. I soggetti ricoverati presso le strutture (RSA e RAF) saranno esclusi dalla lista dei fragili da inserire nei piani di intervento di domiciliarità attiva.

Questa base dati inviata ai Distretti verrebbe ulteriormente arricchita dalle verifiche con i MMG e con i servizi sociali.

**(Allegato 2: Protocollo di trasmissione dei flussi informativi e di creazione delle liste di anziani da sottoporre agli interventi di domiciliarità attiva).**

Per i **MMG** la validazione (integrazioni / cancellazioni) della lista dei fragili verrà effettuata sulla base di una griglia condivisa da tutte le 4 ASL di Torino.

### (Allegato 3: Protocollo di validazione elenchi da parte dei MMG)

I **Servizi Socio Assistenziali, in collaborazione con i responsabili di Distretto**, dovrebbero poi arricchire le informazioni sui soggetti identificati dalla lista integrata dai MMG, classificandoli in:

- soggetti che usufruiscono di una solida ed efficace rete di supporto (badante, rete familiare / parentale, vicinato,...), tenendo presente che nella pianificazione degli interventi va individuato un **care-giver** in grado di gestire le diverse attività previste per i diversi livelli di emergenza climatica
- soggetti che possono usufruire di una figura di supporto da reperire all'interno della rete di volontariato locale
- indicazione per una presa in carico come "custodia sociale" da parte dei Servizi Sociali

## 5. ATTIVITA' CORRELATE AGLI INTERVENTI DI "DOMICILIARITA' ATTIVA"

Oltre alle attività di "domiciliarità attiva", già in parte dettagliate, restano da approfondire alcuni ambiti di intervento e la loro "integrazione" con le azioni di prevenzione attivate. Queste attività riguardano in particolare:

- **Ruolo e integrazione con la rete degli istituti residenziali, compresa la rete di residenze private.** Questo ambito è interessato sia in quanto erogatore di servizi ad anziani fragili e quindi quale oggetto di interventi di supporto (sistema di allarme, raccomandazioni, rinforzo della attività di monitoraggio/prevenzione degli effetti degli eccessi di temperature), sia in quanto risorsa della rete dei servizi presenti sul territorio cittadino (molti degli istituti residenziali hanno messo a punto dei locali climatizzati, utilizzabili anche da anziani che vivono a domicilio). Va realizzata una mappatura di tali strutture climatizzate da mettere a disposizione degli operatori dei servizi sociali e sanitari, della protezione civile e va rafforzata l'informazione a livello di quartiere sulla disponibilità e le modalità di accesso a tali risorse.
- **Integrazione con gli ospedali e le cliniche private.** Anche questi soggetti vanno inseriti nella rete dei servizi che usufruiscono del sistema di allarme, di specifiche raccomandazioni di integrazione con la rete degli interventi di emergenza (es. con la protezione civile). Sarebbe utile promuovere un coordinamento sui protocolli interni.
- **Integrazione con la protezione civile.** Vanno meglio definite le modalità di collaborazione fra la rete dei servizi territoriali (sociali e sanitari) che intervengono nelle azioni di prevenzione degli effetti del caldo e il servizio di protezione civile: identificazione, mappatura e comunicazione alla protezione civile degli anziani fragili; mappatura delle sedi climatizzate a livello cittadino, con divulgazione della localizzazione alla rete dei servizi; individuazione delle aree cittadine dove necessitano interventi "aggiuntivi" di predisposizione di locali climatizzati; definizione delle modalità di attivazione/integrazione con le azioni della Protezione Civile nel caso di emergenza climatica.

## 6. SPERIMENTAZIONE DI ALCUNI ASPETTI SPECIFICI (RACCOMANDAZIONI AI MMG SULLA REVISIONE DELLE PRESCRIZIONI FARMACEUTICHE)

L'interesse per l'associazione tra l'uso di farmaci e gli effetti del caldo sulla salute è legato a due aspetti: da un lato, elevati consumi di farmaci si associano ad una maggiore suscettibilità clinica ed identificano, quindi, soggetti a rischio; dall'altro, alcuni farmaci favoriscono la predisposizione a sintomi di malattie da calore. In presenza di ondate di calore il CDC suggerisce di considerare ad alto rischio i soggetti che assumono farmaci per la pressione arteriosa, la depressione, il sistema nervoso, le malattie mentali, l'insonnia o i problemi di circolazione; in questi casi è opportuno il monitoraggio dei pazienti, ai quali si consiglia di consultare il medico o il farmacista. Alcuni di questi farmaci possono, infatti, violentemente alterare i meccanismi della termoregolazione o esercitare un'azione sfavorevole di tipo indiretto, che altera la percezione del calore e riduce la capacità di rispondere agli stress da caldo. In base a considerazioni fisiopatologiche, confortate dall'osservazione clinica, alcuni manuali di medicina geriatrica raccomandano di ridurre le dosi di farmaci che possono predisporre al colpo di calore negli anziani durante le stagioni calde. Resta tuttavia da definire l'efficacia degli interventi di educazione all'uso dei farmaci.

La proposta è quella di individuare un campione rappresentativo di MMG disponibile a partecipare alla sperimentazione e di offrire loro degli strumenti (linee guida, indicazioni di letteratura,...) utili alla pianificazione degli interventi di aggiornamento delle prescrizioni farmaceutiche. Il confronto sull'efficacia di tali interventi potrebbe avvenire attraverso la valutazione degli indici di mortalità e morbosità (ricoveri ospedalieri) dei loro utenti e il resto dei MMG o un gruppo di controllo di MMG, che non ha usufruito dell'intervento. Dal punto di vista organizzativo tale ipotesi di studio non dovrebbe prevedere grossi sforzi aggiuntivi, dato che i MMG verranno contattati dai rispettivi responsabili di Distretto ed ognuno di loro riceverà comunque l'elenco degli anziani "fragili"

individuati secondo le modalità specificate in precedenza. Va verificata la possibilità di integrare le informazioni a disposizione dei medici con l'indicazione delle specifiche tipologie di prescrizioni farmaceutiche da sottoporre a monitoraggio (ed eventuale riduzione) durante i periodi di caldo eccessivo, secondo le indicazioni della letteratura scientifica.

#### **Criticità.**

- Arruolamento dei MMG volontari o randomizzazione
- Intervento basato su materiale informativo o invio da SEPI di liste di pazienti che fanno uso dei farmaci oggetto di sperimentazione

## **7. DEFINIZIONE DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI (SISTEMI INFORMATIVI, REGOLE E CENTRI DI RESPONSABILITÀ)**

### **A. Domiciliarità attiva**

L'intensità e l'articolazione degli interventi previsti da questo documento andranno verificati alla luce del processo di selezione degli anziani fragili e quindi alla definizione più precisa del **numero complessivo di anziani** che potrebbe usufruire di questi supporti. In questo modo sarà possibile definire in modo più preciso piani di intervento e protocolli con una descrizione dettagliata di:

- azioni
- tempi
- risorse
- responsabilità
- modalità di comunicazione (ai target e fra i servizi coinvolti).

E' stata indicata la necessità di costituire un **gruppo di coordinamento** delle iniziative previste dal progetto sull'emergenza caldo a doppia direzione (sanitaria e sociale).

Per quel che riguarda le modalità di integrazione con il Medici della Continuità assistenziale (Guardia Medica), la proposta è quella di applicare il Protocollo d'intesa sottoscritto nell'estate 2004 da parte di Regione, Comune di Torino, ASL cittadine, FIMMG, SNAMI e CUMI, in particolare ai punti 5 e 6.

### **B. Attività correlate**

Tali aspetti, proprio per la loro complessità, vanno affrontati ad un livello di coordinamento regionale, in stretta collaborazione con gli altri soggetti istituzionali coinvolti (Comune, Provincia, ASL).

## **8. MONITORAGGIO DEI PROCESSI**

E' stata predisposta una scheda cartacea per la rilevazione delle informazioni, a cura dei MMG, sulla conferma delle fragilità individuate dai sistemi informativi, sulla conferma delle informazioni relative alla rete di supporto degli anziani fragili, sull'individuazione di un care giver di riferimento e sull'attivazione degli interventi di domiciliarità attiva (**Allegato 4**). Analoghe informazioni saranno rilevate attraverso una scheda da completare per ogni anziano ritenuto fragile ma non rilevato da sistemi informativi (**Allegato 5**). Il SEPI riceverà entro la fine di giugno copia di tali schede; in alternativa le medesime informazioni saranno trasferite al SEPI su supporto informatico. Ciò permetterà di monitorare lo svolgimento dell'intero processo nelle varie fasi che compongono la progettazione dello stesso; in particolare saranno analizzate:

- la quota di MMG che implementerà le liste di fragili

- la quota di fragilità individuate da sistemi informativi validate dai medici stessi (con valutazione di sensibilità e specificità delle classificazioni di fragilità operate attraverso i sistemi informativi)
- la quota di pazienti che aderiranno agli interventi di domiciliarità attiva
- le caratteristiche degli operatori coinvolti e le tipologie d'interventi che saranno attivati sui pazienti che aderiranno

Tali informazioni potranno essere integrate da indagini qualitative volte a rilevare l'esperienza e la qualità percepita degli interventi, da parte degli operatori e degli anziani / caregiver coinvolti nel progetto.

Queste attività saranno svolte a cura del SEPI.

## 9. SISTEMA DI REGISTRAZIONE DELLE MALATTIE DA CALORE

Le conoscenze epidemiologiche che hanno sinora permesso di identificare le condizioni di fragilità che predispongono agli effetti nocivi delle ondate di calore, individuando così la popolazione target degli interventi di prevenzione, si sono basate, almeno per la città di Torino, sullo studio dell'impatto di fattori di natura clinica e socio-demografica sulla mortalità e sull'ospedalizzazione, rilevate attraverso sistemi informativi; esiti che rappresentano solo parzialmente gli eventi direttamente e specificamente generati dalle ondate di calore, come i casi di ipertermia o i colpi di calore, comunque responsabili di una quota considerevole della mortalità e dei ricoveri in eccesso legati a temperature estreme. Al fine di perfezionare le conoscenze sulle fragilità associate all'insorgenza di ipertermie, oltre che permettere un'attività più tempestiva di monitoraggio degli esiti degli interventi, si rende opportuna l'attivazione di un sistema di notifica dei casi di ipertermia e di sintomi di malattia da calore registrati nel trimestre estivo nella popolazione torinese. E' stata predisposta una check list dei sintomi da calore, compresa l'ipertermia, da compilarsi a cura del Medico di famiglia durante le visite domiciliari (**Allegato 6**). Tale scheda dovrebbe essere inviata al Distretto di riferimento entro i 15 giorni successivi la visita domiciliare (indicativamente due volte al mese); il Distretto dovrebbe poi trasmettere tali informazioni al Servizio di Epidemiologia via fax (n. fax. 011 40 188 201), per una tempestiva acquisizione ed analisi dei dati

**ALLEGATO 1****Protocollo delle attività di monitoraggio secondo i livelli di rischio climatico, ad uso del caregiver**

<b>Livello di rischio meteo</b>	<b>Livello di intervento</b>	<b>Azioni</b>
<b>ATTENZIONE</b>	<b>CONTATTO (ogni due giorni)</b>	<p>1 "come sta"? Sono comparsi segni di intolleranza al caldo presenti nell'elenco dei sintomi?: Rilevare eventuale comparsa del/dei sintomi sull'apposita check list.</p> <p>2 ha conservato i numeri di telefono da usarsi in caso di necessità</p> <p>4 - ha conservato il materiale informativo? (depliant con i consigli sul caldo ed elenco dei luoghi condizionati più vicini )</p> <p>5 "beve?" (controllare adesione a raccomandazioni, in particolare rispetto all'idratazione)</p> <p>6. Verificare la disponibilità a recarsi in un locale condizionato, anche usando i mezzi della Protezione Civile</p> <p><b>Nel caso di presenza di sintomi di malattia da calore va immediatamente data segnalazione al MMG (o alla Guardia Medica) e, in casi particolarmente urgenti, al 118 per trasporto al PS.</b></p>
<b>ALLARME</b>	<b>1 VISITA/die</b>	<p><b>TUTTE LE PRECEDENTI, PIU':</b></p> <p>-</p> <p>7 consigliare di recarsi (autonomamente) in locale condizionato, o eventuale segnalazione alla protezione civile per il trasporto, se soggetto non autonomo</p> <p>8 - iniziare uso ventilatore</p> <p>9 - controllo dell'abbigliamento</p> <p>10- controllo degli stili di vita (frutta/verdura, alcol, riposo)</p> <p>11 controllo dell'appartamento (correnti, ombreggiatura, uso moderato dei fornelli)</p> <p>12 - verificare l'opportunità di rilevare la T° corporea</p> <p><b>Nel caso di presenza di sintomi di malattia da calore, con la comparsa di ipertermia (38 gradi esterni), va immediatamente data segnalazione al MMG (o alla Guardia Medica) e, in casi particolarmente urgenti, al 118 per trasporto al PS.</b></p>
<b>EMERGENZA</b>	<b>2 VISITE/die</b>	<p><b>LE PRECEDENTI, PIU':</b></p> <p>13 - trasporto in locale condizionato</p> <p><b>OPPURE, PER CHI RIMANE A CASA PRIVO DI CONDIZIONAMENTO:</b></p> <p>14 - usare ventilatore se T° in appartamento &lt;32°C</p> <p>15 - verificare opportunità di rilevare T° corporea</p> <p>16 verificare con i sanitari l'opportunità di procedere con spugnature, docce, bagni</p> <p><b>Nel caso di presenza di sintomi di malattia da calore, con la comparsa di ipertermia (38 gradi esterni), va immediatamente data segnalazione al MMG (o alla Guardia Medica) e, in casi particolarmente urgenti, al 118 per trasporto al PS.</b></p>

## Lista dei sintomi di malattia da calore ad uso del caregiver

Lo scopo di questa lista di sintomi di "malattia da calore" è quella di aiutare l'anziano, o chi da supporto alla persona anziana, ad identificare i sintomi che possono avere una rilevanza per la salute, tale da richiedere l'adozione di **provvedimenti assistenziali appropriati**.

Tali sintomi possono essere rilevati:

- a giudizio dell'anziano (che riferisce il sintomo come richiesta di aiuto),
- a giudizio del caregiver (che dà una sua interpretazione dei disturbi che l'anziano gli riferisce o che lui stesso osserva),
- a giudizio dell'operatore (Operatore sociale, Infermiere, Medico di Famiglia)

Le **nuove necessità assistenziali** possono coprire un'ampia gamma di interventi, dai più semplici (es. consigli per la protezione dal caldo o aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane) ai più complessi (segnalazione del problema/sintomo all'équipe di Cure Domiciliari dell'ASL, al Medico di Medicina Generale o alla Guardia Medica per l'eventuale instaurazione di nuove terapie mediche o ricovero ospedaliero).

**Alla comparsa di uno o più sintomi di tale lista è consigliata la comunicazione al Servizio Sanitario : MMG, Guardia Medica.** Soltanto nel caso di "crampi" tale sintomo deve essere associato ad altro problema/sintomo riportato nell'elenco per sollecitare l'intervento di un operatore sanitario.

**Con le giornate di calore eccessivo può verificarsi nella persona anziana la comparsa di uno o più dei seguenti problemi di salute / sintomi**

Problema	Descrizione
<b>di respirazione</b>	Il respiro è affannoso o frequente, oppure la persona riferisce di avere difficoltà a respirare. Fra quelli elencati, questo è uno dei problemi più rilevanti, perché le persone che hanno malattie respiratorie soffrono maggiormente il caldo, e perché spesso malattie di altri organi e apparati (come le malattie di cuore) si manifestano con difficoltà del respiro.
<b>di febbre (Temperatura corporea esterna = 38 C° ed oltre)</b>	Se la persona non sta bene, è opportuno chiedergli di misurarsi la temperatura ascellare: è una procedura semplice, non invasiva e che permette di comprendere meglio la situazione.
<b>di svenimento/ caduta</b>	C'è stato uno svenimento/caduta, oppure l'anziano si sente svenire, se possibile specificare con quali modalità (alzandosi, chinandosi, a digiuno, dopo aver fatto qualche passo)
<b>nel parlare</b>	La persona articola male le parole, le sbaglia, o non riesce a parlare
<b>di vigilanza/lucidità</b>	Lo stato di vigilanza è alterato se la persona è rallentata, assonnata, e se non reagisce ai richiami imperiosi tornando nella normalità; la lucidità è compromessa se la persona non capisce bene dove si trova, se scambia gli orari della giornata, se non ricorda le cose che ha fatto. Alcuni anziani possono avere questi problemi in misura maggiore o minore, ma il caldo potrebbe aggravarli

<b>di debolezza in qualche parte del corpo</b>	Non è la stanchezza, ma è la mancanza di forza in qualche parte del corpo (ad esempio le gambe che non reggono più la persona, un braccio che non muove più bene, o una mano che non riesce a tenere le posate).
<b>di mal di testa</b>	Chiedere se la persona soffre di mal di testa e, in caso affermativo farsi descrivere se è forte (spesso nel linguaggio comune sono le vertigini ad essere confuse con “la testa pesante”)
<b>di vomito o diarrea</b>	Se sono abbondanti, in presenza di caldo possono più rapidamente determinare la disidratazione
<b>di deglutizione/ appetito</b>	Può esserci un problema di deglutizione se la persona tossisce dopo aver bevuto un sorso d’acqua perché “gli è andato di traverso” (in questi casi può essere pericoloso far bere la persona e i sanitari devono indicare mezzi alternativi: acqua gelificata, polveri addensanti, ipodermo- o fleboclisi, sondino naso-gastrico). Sebbene sia corretto ridurre l’alimentazione e l’attività fisica, lo scarso appetito può rappresentare un problema di alimentazione importante: indicare le persone che assumono solo un quarto di quello che mangiano normalmente nella giornata, oppure di meno.
<b>di crampi</b>	Parecchi anziani soffrono di crampi muscolari agli arti inferiori, ma bisogna porre particolare attenzione sulla comparsa di crampi in persone che prima non avevano questo problema.

## ALLEGATO 2

### **Protocollo di trasmissione dei flussi informativi e di creazione delle liste di anziani da sottoporre agli interventi di domiciliarità attiva**

Il progetto prevede lo svolgimento di interventi di protezione dagli effetti di ondate di calore destinati agli anziani con 75 anni e oltre residenti a Torino al 15 maggio 2005, clinicamente suscettibili.

La definizione della popolazione fragile sarà effettuata selezionando, innanzitutto, la popolazione della suddetta fascia di età con suscettibilità clinica, attraverso le informazioni rilevate nei sistemi informativi regionali delle dimissioni ospedaliere e delle prescrizioni farmaceutiche. A tal fine il 28 aprile è stato acquisito dal Servizio di Epidemiologia dell'ASL 5 (SEPI) l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del primo trimestre 2005 che concorrerà, insieme all'archivio delle SDO degli ultimi 3 trimestri 2004, a comporre un archivio di ricoveri ospedalieri avvenuti nell'anno che precede il mese di aprile 2005. Questo archivio, oggetto di record linkage con l'anagrafe storica torinese da parte del SEPI, permetterà di identificare, per ogni anziano ultra-settantacinquenne residente a Torino al 15 maggio 2005, un eventuale avvenuto ricovero, in qualunque regime, nell'anno precedente per le seguenti patologie, presenti in diagnosi principale o qualunque diagnosi secondaria:

- broncopneumopatie croniche
- altre malattie del polmone
- scompenso cardiaco
- ictus, aritmie
- ipertensione
- ischemie
- cardiomiopatie
- diabete mellito
- fratture del femore
- demenza
- psicosi
- etilismo
- morbo di Parkinson
- emiplegia
- SLA
- insufficienza renale cronica
- ulcere da decubito
- artrosi
- trattamento con chemio o radioterapia

Attraverso il record linkage tra l'archivio anagrafico della popolazione anziana e l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche relative all'anno 2004, sarà inoltre possibile identificare gli anziani oggetto di poliprescrizioni (prescrizioni di farmaci di almeno quattro categorie farmaceutiche distinte nell'arco di tre mesi) nel 2004.

Infine, attraverso la rilevazione in anagrafe della pensione ricevuta, sarà possibile identificare gli anziani percettori di pensione di invalidità civile.

Il SEPI costruirà, ai fini del progetto, un archivio costituito dai soli anziani con un precedente ricovero per le succitate condizioni, oppure oggetto di poliprescrizioni farmaceutiche o percettori di pensione di invalidità civile, che definiranno la suscettibilità clinica in base ai sistemi informativi.

Nel frattempo il SEPI riceverà dai Distretti delle ASL torinesi gli elenchi degli anziani residenti nel Distretto che, al 30 aprile 2005, saranno in ADP, in RSA o RAF. Tali elenchi, prodotti in file excel, dovranno contenere i seguenti campi: COGNOME, NOME, DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE (se già presente negli elenchi informatizzati dei Distretti). In questo modo sarà possibile identificare, nell'elenco dei pazienti suscettibili, coloro che risultano in RSA o in RAF, e che verranno pertanto esclusi dalle liste di anziani oggetto di interventi di protezione.

Il Comune di Torino invierà, inoltre, al SEPI gli archivi degli anziani con 75 anni e oltre, fruitori di servizi sociali al 15 maggio 2005, con l'indicazione della tipologia di servizio fruito.

Infine il SEPI riceverà, dal Comune di Torino, un nuovo scarico dell'anagrafe torinese al 15 maggio 2005, che permetterà di aggiornare i nuovi elenchi, eliminando i deceduti tra l'1 aprile e il 15 maggio e i residenti presso convivenze a quest'ultima data, e denotando, per ogni anziano in lista, il proprio stato civile e l'eventuale tipologia familiare unipersonale. Attraverso tali informazioni il SEPI potrà arricchire l'archivio di anziani clinicamente suscettibili con informazioni anagrafiche sulla tipologia familiare e sulla fruizione di servizi sociali e di assistenza domiciliare sanitaria.

Attraverso il collegamento di tale archivio con l'anagrafe regionale degli assistiti al 31/12/2004 e con l'archivio regionale dei medici di al 30/4/2005 sarà individuato, per ogni anziano, il nominativo e l'indirizzo del proprio medico di famiglia.

L'elenco completo degli anziani clinicamente suscettibili in base ai sistemi informativi, con indicazione della circoscrizione di residenza, del relativo medico di famiglia e distinto per distretto del medico curante, sarà inviato dal SEPI ad ogni Direzione di Distretto delle ASL torinesi per l'implementazione di tale elenco da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG). L'elenco sarà predisposto secondo la struttura riportata in tabella 2, con alcuni campi vuoti oggetto di successiva compilazione da parte del MMG. I Direttori di Distretto sottoporranno gli elenchi di anziani ai responsabili di equipe, a loro volta incaricati di presentare il progetto e distribuire, a ciascun medico, l'elenco dei propri anziani clinicamente suscettibili nel corso della riunione di equipe svolta nel mese di giugno.

Entro il 15 giugno, ciascun MMG potrà confermare ciascun nominativo e/o inserire eventuali nuovi nominativi da sottoporre ad interventi estivi, sulla base della propria valutazione di suscettibilità clinica dei pazienti. Per ogni paziente il MMG classificherà la relativa rete familiare e amicale in base alla presenza di un care-giver; con ciò il MMG potrà selezionare, in base al grado di suscettibilità clinica e in accordo con gli operatori dei servizi sociali del Comune, il tipo di intervento da sottoporre all'anziano nei mesi di luglio, agosto e settembre 2005. Entro fine giugno i responsabili di distretto saranno incaricati di trasmettere al SEPI le schede cartacee relative agli anziani suscettibili confermati dal MMG, con relativo aggiornamento di informazioni sul care-giver e sugli interventi (allegato 1), oltre alle schede relative a ciascun anziano suscettibile segnalato dai medici e non rilevato da sistemi informativi (allegato 2), per lo svolgimento della valutazione di processo dell'intero progetto.

Riepilogo delle attività e dei tempi previsti per la predisposizione delle liste di anziani eleggibili agli interventi e per l'assegnazione del tipo di intervento

	<b>Attività</b>	<b>Scadenza</b>
1.	Sepi prepara liste suscettibili clinici, con indicazione del MMG curante, relativo indirizzo e distretto	Entro 15 maggio
2.	Invio da Distretti a Sepi di archivi informatizzati di anziani fruitori di ADP, in RSA o RAF, al 30/4/2005	Entro 15 maggio
3.	Acquisizione presso SEPI di anagrafe torinese al 15/5/2005	Entro 20 maggio
4.	Invio da Comune a Sepi di archivi informatizzati di utenti di servizi sociali al 15/5/2005	Entro 20 maggio
5.	Sepi collega le liste di suscettibili clinici con: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ informazioni anagrafiche (stato civile, stato in vita, residenzialità)</li> <li>▪ informazioni su fruizione di assistenza sanitaria a domicilio</li> <li>▪ con informazioni su fruizione di servizi sociali</li> </ul>	Entro 26 maggio
6.	Invio liste di suscettibili clinici ai Direttori di Distretto	27 maggio
7.	I responsabili di distretto trasmettono, tramite responsabili di equipe, gli elenchi ai MMG durante riunioni di equipe	Entro 1 giugno
8.	Per ogni anziano in elenco, gli MMG completano informazioni sulla rete familiare e valutano la fragilità per la modulazione del tipo di intervento	Entro 15 giugno
9.	I responsabili di distretto trasmettono al SEPI gli ultimi elenchi di anziani elaborati dai MMG, con l'indicazione del tipo di intervento assegnato a ciascuno di essi	Entro 30 giugno

**Tabella 2. Elenco delle variabili contenute nella lista degli anziani suscettibili oggetto di implementazione da parte del MMG**

NOME CAMPO	SIGNIFICATO	CODIFICA
NUMIND	Identificativo anagrafico dell'anziano, ad uso SEPI	
CODICE_FISCALE_ ANZIANO	Codice fiscale dell'anziano	
SESSO_ ANZIANO	Sesso anziano	M=maschio F=femmina
COGNOME_ ANZIANO	Cognome anziano	
NOME_ ANZIANO	Nome anziano	
DATANASCITA_ ANZIANO	Data di nascita dell'anziano	
INDIRIZZO_ ANZIANO	Indirizzo dell'anziano	
CIRCOSCR_ ANZIANO	Circoscrizione di residenza dell'anziano	
Inval	Possesso di pensione di invalidità	1=possesso 0=assenza
p_respiratori	Ricovero pregresso per broncopneumopatie croniche e/o altre malattie del polmone	1=presenza 0=assenza
p_circolatori	Ricovero pregresso per scompenso cardiaco e/o ictus e/o aritmie e/o ipertensione e/o ischemie e/o cardiomiopatie	1=presenza 0=assenza
p_endocrini	Ricovero pregresso per diabete mellito	1=presenza 0=assenza
p_osteart	Ricovero pregresso per fratture del femore	1=presenza 0=assenza
p_psichici	Ricovero pregresso per demenza e/o psicosi e/o etilismo e/o morbo di Parkinson e/o emiplegia e/o SLA	1=presenza 0=assenza
p_genitourinari	Ricovero pregresso per insufficienza renale cronica	1=presenza 0=assenza
p_pelle	Ricovero pregresso per ulcere da decubito	1=presenza 0=assenza
p_artrosi	Ricovero pregresso per artrosi	1=presenza 0=assenza
p_chemioradio	Ricovero pregresso per trattamento con chemioterapia e/o radioterapia	1=presenza 0=assenza
Poliprescrizioni	Trattamento farmacologico pregresso con 4 o più categorie farmaceutiche distinte	1=presenza 0=assenza
STATO_CIVILE	Stato civile dell'anziano	1=Celibe/nubile 2=Coniugato/a 3=Vedovo/a 4=Già coniugato/a
UNIPERS	Anziano solo	1=solo 0=non solo
UTENTE_SERV_SOC	Utente servizi sociali	SI/NO
TIPO_SERV_SOC1	Tipo di servizio fruito	
TIPO_SERV_SOC2	Tipo di servizio fruito	
TIPO_SERV_SOC3	Tipo di servizio fruito	

TIPO_SERV_SOC4	Tipo di servizio fruito	
TIPO_SERV_SOC5	Tipo di servizio fruito	
TIPO_SERV_SOC6	Tipo di servizio fruito	
CODICE_MMG	Codice del medico	
ASL_MMG	ASL del medico	
DISTRETTO_MMG	Distretto di appartenenza del medico	
COGNOME_MMG	Cognome del medico	
NOME_MMG	Nome del medico	
INDIRIZZO_MMG	Indirizzo dello studio medico	
COMUNE_MMG	Comune dello studio medico	
CAP_MMG	CAP dello studio medico	
ADP	Paziente già in ADP	SI/NO
CONFERMA_ASS	MMG conferma che il paziente è un proprio assistito	SI/NO
ASS_VIVO	Conferma dello stato in vita dell'assistito	SI/NO
RICOVERATO	Paziente ricoverato in struttura	SI/NO
CONFERMA_INDIRIZZO	Conferma della residenza dell'assistito	SI/NO
DOMICILIO_ASSISTITO	Domicilio assistito, se diverso dalla residenza	
ASSISTITO_FUORI	Paziente temporaneamente fuori Torino	SI/NO
CONFERMA_SOLO	Paziente vive solo	SI/NO
AUTONOMO	Paziente autonomo nei propri spostamenti	SI/NO
CONFERMA_SUSC_CLIN	Conferma della suscettibilità clinica dell'assistito, da parte del MMG	SI/NO
CARE_GIVER	Care giver affidabile	1=familiare/parente/amico/a convivente 2=badante 3= familiare/parente/amico/a non convivente 4=vicinato 5=volontariato 6=nessuno
ADESIONE	Adesione dell'assistito	SI/NO
TIPO_INT1_PROP	Tipo d'intervento proposto dal medico	1=nuova ADP 2=modifica ADP già attiva 3=servizio infermieristico domiciliare 4=ADI 5=addestramento al caregiver 6=segnalazione ai servizi sociali 7=nessun intervento 8=altro
TIPO_INT2_PROP	Eventuale altro intervento proposto dal medico	1=nuova ADP 2=modifica ADP già attiva 3=servizio infermieristico domiciliare 4=ADI 5=addestramento al caregiver

Campi  
compilati  
dal MMG

		6= segnalazione ai servizi sociali 7=nessun intervento 8=altro
TIPO_INT1_PROP	Tipo d'intervento erogato	1=nuova ADP 2=modifica ADP già attiva 3=servizio infermieristico domiciliare 4=ADI 5=addestramento al caregiver 6=custodia sociale 7=nessun intervento 8=altro
TIPO_INT2_PROP	Eventuale altro intervento erogato	1=nuova ADP 2=modifica ADP già attiva 3=servizio infermieristico domiciliare 4=ADI 5=addestramento al caregiver 6= custodia sociale 7=nessun intervento 8=altro
DESC_INTERVENTO	Descrizione del tipo di intervento erogato	

**ALLEGATO 3****Protocollo validazione elenchi da parte dei MMG****Validazione elenco SEPI****Azioni**

Conferma proprio paziente

Conferma esistenza in vita

Conferma residenza

Indirizzo domicilio (se diverso residenza)

Conferma condizioni di fragilità clinica SI  NO **Se confermato**Indicazione caregiver affidabile SI  NO Tipologia (familiare, badante, .. / convivente o no / vicino,  
volontario)

Proposta eventuali ADP o modifiche frequenza ADP

Proposta eventuali necessità assistenziali

Disponibilità del paziente ad accettare il contatto SI  NO **Cancellazione**

Ricovero in Struttura

Conoscenza diretta di trasferimento presso familiari o  
conoscenti per il periodo estivo

Decesso

**CRITERI PER INDIVIDUARE NUOVO FRAGILE DA AGGIUNGERE A ELENCO SEPI**

→Paziente > 75 anni o < 75 anni con analoghe caratteristiche di fragilità in assenza di caregiver affidabile

**→Paziente**

- Con pluripatologie
- Che assume + farmaci a rischio
- Con situazione di grave compromissione sensoriale
- Con situazione di disorientamento o compromissione delle facoltà mentali
- Con situazione di compromissione anche temporanea dell'autosufficienza (es. difficoltà deambulatorie o di alimentazione ecc.)
- Con situazioni di isolamento
- Eventuali altre situazioni che in occasione di alte temperature potrebbero essere suscettibili di scoppio

**Se rientra**

- Barrare la casella corrispondente ai criteri che individuano la condizione di fragilità clinica
- Identificare il paziente con
  - nome e cognome
  - Data di nascita
  - Codice fiscale
  - Indirizzo (residenza e domicilio, se diverso)

**Inserimenti nuovi fragili****Azioni**

- Indicazione caregiver affidabile                      SI  NO
- Tipologia (familiare, badante, .. / convivente o no / vicino, volontario)
- Proposta eventuali ADP o modifiche frequenza ADP
- Proposta eventuali necessità assistenziali
- Disponibilità ad accettare il contatto                      SI  NO

## **CENTRO DI RESPONSABILITA' DISTRETTO**

1. Fornire elenco a SEPI di pazienti RSA, ADP aggiornato con esclusione di ADP in Strutture residenziali e elenco aggiornato e-mail MMG
  
2. Ricevimento elenchi da SEPI : ricerca anagrafica e attribuzione di MMG nei casi mancanti
  
3. Trasmissione materiale informativo ed elenchi per la validazione a MMG
  
4. Acquisizione elenchi validati dai MMG
  
5. Trasmissione a SEPI, Servizi Sociali Circostrizionali, Ospedali di riferimento
  
6. Coordinamento rete dei Servizi Sanitari Territoriali di riferimento
  
7. Aggiornamento elenchi e trasmissione come sopra nel corso del periodo

**ALLEGATO 4**

PREVENZIONE DI DANNI ALLA SALUTE DA ECCESSI DI TEMPERATURA AMBIENTALE NELLA  
POPOLAZIONE ANZIANA DELLA CITTÀ DI TORINO

**Da compilare per i suoi pazienti selezionati attraverso SISTEMI  
INFORMATIVI**

Nome e Cognome medico \_\_\_\_\_

Codice medico \_\_\_\_\_ ASL e distretto medico \_\_\_\_\_

**1. Dati anagrafici del paziente**

Cognome paziente \_\_\_\_\_

Nome paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita paziente \_\_\_\_\_

Codice fiscale paziente \_\_\_\_\_

**2. Conferma che il paziente è un suo assistito?**

SI  NO

**3. Conferma lo stato in vita dell'assistito?**

SI  NO

**4. Conferma la residenza dell'assistito?**

SI  NO

Se ha risposto NO:

**4.1 Indichi il domicilio dell'assistito, se risulta essere diverso dalla residenza:**

**5. Il paziente è ricoverato in una struttura?**SI  NO **6. Il paziente risulta essere temporaneamente fuori Torino?**SI  NO **7. Il paziente vive solo?**SI  NO **8. Il paziente è autonomo nei propri spostamenti?**SI  NO **9. Conferma la suscettibilità clinica dell'assistito?**SI  NO 

**SE LA RISPOSTA E' "SI" VADA ALLA DOMANDA SUCCESSIVA. SE INVECE HA RISPOSTO "NO" IL QUESTIONARIO FINISCE QUI.**

**(Solo per chi ha risposto SI alla precedente domanda)**

**10. L'assistito possiede un "care giver" affidabile?**

<i>Familiari/parenti/amici CONVIVENTI</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Vicinato</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Badante</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Volontariato</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Familiari/parenti/amici NON CONVIVENTI</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nessuno</i>	<input type="checkbox"/>

**11. L'assistito aderisce alla proposta di intervento di domiciliarità attiva per i mesi estivi?**SI  NO 

(Se si)

**12. Che tipo di intervento si propone ? (Possibili più risposte)**

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| <i>Nuova ADP</i>                            | <input type="checkbox"/> | <i>Addestramento del caregiver</i>     | <input type="checkbox"/> |
| <i>Modifica ADP già attiva</i>              | <input type="checkbox"/> | <i>Segnalazione ai servizi sociali</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Servizio infermieristico domiciliare</i> | <input type="checkbox"/> | <i>Nessun intervento</i>               | <input type="checkbox"/> |
| <i>ADI</i>                                  | <input type="checkbox"/> | <i>Altro</i>                           | <input type="checkbox"/> |

**13. Che tipo di intervento è stato erogato ? (Possibili più risposte)**

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| <i>Nuova ADP</i>                            | <input type="checkbox"/> | <i>Addestramento del caregiver</i>     | <input type="checkbox"/> |
| <i>Modifica ADP già attiva</i>              | <input type="checkbox"/> | <i>Segnalazione ai servizi sociali</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Servizio infermieristico domiciliare</i> | <input type="checkbox"/> | <i>Nessun intervento</i>               | <input type="checkbox"/> |
| <i>ADI</i>                                  | <input type="checkbox"/> | <i>Altro</i>                           | <input type="checkbox"/> |

**14. Descriva il tipo di intervento che è stato erogato:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**ALLEGATO 5**

PREVENZIONE DI DANNI ALLA SALUTE DA ECCESSI DI TEMPERATURA AMBIENTALE NELLA  
POPOLAZIONE ANZIANA DELLA CITTÀ DI TORINO

Da compilare per i pazienti suscettibili DA LEI SEGNALATI, che non  
sono stati rilevati dai sistemi informativi

Nome e Cognome medico \_\_\_\_\_

Codice medico \_\_\_\_\_ ASL e distretto medico \_\_\_\_\_

**1. Dati anagrafici paziente**

Cognome paziente \_\_\_\_\_

Nome paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita paziente \_\_\_\_\_ Sesso paziente \_\_\_ M  F

Codice fiscale paziente \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Domiciliato in (*solo se diverso dalla residenza*) \_\_\_\_\_

Circoscrizione paziente \_\_\_\_\_ CAP paziente \_\_\_\_\_

**2. Stato civile**

celibe/nubile

coniugato/coniugata

già coniugato/a, divorziato/a

vedovo/a

**3. Il paziente vive solo?**

SI  NO

**4. Il paziente è un utente dei Servizi Sociali?**SI  NO **5. Tipo di servizio di cui il paziente fruisce? (Possibili più risposte)**

<i>Assistenza economica</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Pasti a domicilio</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Assistenza domiciliare</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Telesoccorso</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Affidamenti</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Assegno di cura</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Servizi di tregua</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Altro</i>	<input type="checkbox"/>

**6. Il paziente è autonomo nei propri spostamenti?**SI  NO **7. L'assistito possiede un "Care giver" affidabile?**

<i>Familiari/ parenti/amici CONVIVENTI</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Vicinato</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Badante</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Volontariato</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Familiari/ parenti/amici NON CONVIVENTI</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nessuno</i>	<input type="checkbox"/>

**8. L'assistito aderisce alla proposta di intervento di domiciliarità attiva per i mesi estivi?**SI  NO 

(Se sì)

**9. Che tipo di intervento si propone? (Possibili più risposte)**

<i>Nuova ADP</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Addestramento del caregiver</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Modifica ADP già attiva</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Segnalazione ai servizi sociali</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Servizio infermieristico domiciliare</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nessun intervento</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ADI</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Altro</i>	<input type="checkbox"/>

**10. Che tipo di intervento è stato erogato? (Possibili più risposte)**

<i>Nuova ADP</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Addestramento del caregiver</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Modifica ADP già attiva</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Custodia sociale</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Servizio infermieristico domiciliare</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Nessun intervento</i>	<input type="checkbox"/>
<i>ADI</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Altro</i>	<input type="checkbox"/>



**ALLEGATO 6**

**Check list per la notifica dei sintomi di malattia da calore, ad uso del Medico di Famiglia**

**Nelle ultime 24 ore ha avuto uno o più dei seguenti problemi/sintomi ?**

<b>PROBLEMA / SINTOMO</b>	<b>E' un nuovo sintomo?</b>	<b>E' un aggravamento di un sintomo già presente in precedenza?</b>	<b>Data di comparsa del sintomo</b>
1. di respirazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
2. febbre (superiore fra i 38° e 40°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
3. febbre superiore ai 40° (colpo di calore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
4. svenimento / caduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
5. nel parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
6. di vigilanza / lucidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
7. debolezza in qualche parte del corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
8. mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
9. vomito o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
10. di deglutizione o perdita di appetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
11. polso rapido e forte (colpo di calore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
12. crampi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

Nome e cognome dell'UTENTE \_\_\_\_\_

Data di nascita dell'utente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data rilevazione \_\_\_\_\_

Nome Cognome MEDICO DI FAMIGLIA E FIRMA

\_\_\_\_\_

**Ministero della Salute**

**CONVENZIONE TRA**  
**MINISTERO DELLA SALUTE,**  
**REGIONE PIEMONTE**  
*PER LA SPERIMENTAZIONE*  
*DI UN SISTEMA DI PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO*  
*DA PARTE DI SERVIZI DI CUSTODIA SOCIO-ASSISTENZIALE*

**PREMESSO che:**

- 1) il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 pone tra i propri obiettivi strategici la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza- fra gli altri - agli anziani;
- 2) il DPCM 29 novembre 2001 definisce i Livelli Essenziali di Assistenza stabilendo i campi di azione dell'assistenza distrettuale;
- 3) l'Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 29 luglio 2004, sugli indirizzi progettuali per le regioni per l'anno 2004, fermo restando l'autonomia delle singole Regioni rispetto ai modelli organizzativi del Servizio sanitario regionale, propone di sviluppare la rete integrata dei servizi sanitari e sociali presenti sul territorio per i soggetti fragili, dando particolare risalto ai collegamenti funzionali tra i nodi della rete;

**CONSIDERATO che:**

- 1) negli ultimi decenni sono stati registrati significativi cambiamenti climatici in Europa e diversi studi hanno previsto che l'instabilità del clima porterà ad un aumento della frequenza e dell'intensità delle temperature estreme;
- 2) secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli effetti delle variazioni del clima sulla salute, in particolare quelli dovuti al progressivo riscaldamento del pianeta, sono da considerare tra i più rilevanti problemi sanitari che dovranno essere affrontati efficacemente nei prossimi decenni, per evitare un notevole carico di sofferenza e morte nei gruppi più suscettibili della popolazione;
- 3) nell'estate 2003 la più calda degli ultimi cinquanta anni, sia per le temperature massime che minime, uno studio nazionale ha rilevato un eccesso di mortalità che ha interessato in larghissima prevalenza le persone anziane di età pari o superiore a 75 anni ed un corrispettivo aumento di ricoveri in ospedali ed in case di riposo;
- 4) in letteratura è documentata l'efficacia di alcune misure di prevenzione nel ridurre l'impatto sulla salute delle temperature ambientali eccessive come: l'attivazione di sistemi di previsione allarme, l'informazione, la climatizzazione nei locali e le misure volte a rafforzare la rete sociale di sostegno agli anziani in condizioni di elevata fragilità;

**RITENUTO che:**

- 1) in Italia è in atto un fenomeno d'invecchiamento della popolazione ed è prevedibile, pertanto che nei prossimi anni si possa verificare un aumento della frazione della popolazione suscettibile agli effetti delle ondate di calore;
- 2) nel nostro Paese le competenze di supporto e di assistenza per gli anziani sono distribuite tra istituzioni diverse e l'integrazione tra queste istituzioni e la mobilitazione di ulteriori risorse

sono elementi cruciali per qualsiasi efficace intervento orientato alla riduzione dell'eccesso di mortalità nella popolazione anziana;

**CONSIDERATO che:**

- 1) lo scorso anno la Regione Piemonte ha avviato la sperimentazione di un sistema di presa in carico dell'anziano da parte dei servizi di custodia socio-assistenziale-sanitaria, avente come obiettivo prioritario la verifica di fattibilità di un modello innovativo di presa in carico dell'anziano presso il proprio domicilio, da parte di servizi di custodia socio-assistenziale;
- 2) le attuali previsioni meteo annunciano la possibilità di un'estate con temperature pari, se non addirittura superiori, a quelle dell'estate 2003 e pertanto si impone la necessità di potenziare la sperimentazione a fronte di eventuali eventi climatici avversi;
- 3) detta sperimentazione si inserisce a pieno titolo nell'ambito delle politiche assistenziali perseguite dalla Regione Piemonte la quale ha aderito alla proposta di estendere la sperimentazione gestionale sul proprio territorio ad una seconda annualità e conseguentemente ha ridefinito il progetto di intervento, secondo le linee pianificatorie riportate nell'allegato A, che forma parte integrante della presente Convenzione.

L'anno 2005, il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_,

Il Ministero della Salute, c.f. n. 80242290585, rappresentato dal Dr. Donato Greco, nato a Napoli (NA) il 24/04/1947, domiciliato ai fini della presente convenzione in Roma, via della Civiltà Romana, 7, nella sua qualità di Direttore Generale della prevenzione sanitaria;

e

la Regione Piemonte, c.f. n. 80087670016, rappresentata dal dott. Gianfranco Corgiat Loia (omissis), domiciliato ai fini della presente convenzione in Piazza Castello n. 165, nella sua qualità di Direttore Regionale Vicario della Sanità Pubblica dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità e dal dott. Attilio Miglio, (omissis), domiciliato ai fini della presente convenzione in Piazza Castello n. 165, nella sua qualità di Direttore Regionale delle Politiche Sociali dell'Assessorato al Welfare e Politiche per il lavoro;

**CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE**

**Articolo 1**

**Oggetto della Convenzione**

- 1) I soggetti sottoscrittori della convenzione si impegnano a realizzare per una seconda annualità, nel territorio della città di Torino il progetto "Prevenzione di danni alla salute da eccessi di temperatura ambientale nella popolazione anziana della Città di Torino (Progetto emergenze estive anziani)", finalizzato alla prevenzione dei danni alla salute della popolazione anziana, indotti da eccessi di temperatura ambientale, come dettagliatamente descritto nel già citato allegato A.

**Articolo 2**

**Durata**

- 1) La presente convenzione ha durata di dodici mesi a decorrere dalla data di registrazione del provvedimento di approvazione della stessa da parte degli organi di controllo.

### Articolo 3 Impegni dei contraenti

- 1) Il Ministero della Salute si impegna a corrispondere, a favore della Regione Piemonte, la somma complessiva di € 300.000,00 (trecentomila/00), quale corrispettivo per le attività indicate nell'Allegato A.
- 2) La Regione Piemonte è responsabile dell'attuazione del progetto e garantisce il coordinamento locale della sperimentazione.

### Articolo 4 Modalità di erogazione

Il pagamento del corrispettivo di € 300.000,00 (trecentomila/00) sarà corrisposto alla Regione Piemonte secondo le seguenti modalità:

- 80% dopo l'avvenuta registrazione del presente atto presso gli organi di controllo, sulla base della presentazione della relazione attestante l'inizio delle attività, previo parere favorevole del Comitato di controllo di cui al successivo articolo 5.
- 20%, al termine del periodo di sperimentazione, su presentazione, al Ministero della salute, della relazione finale corredata da idonea documentazione tecnica e contabile giustificativa, previo parere favorevole da parte del predetto Comitato.

I pagamenti saranno disposti mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato di Roma con versamento dei rispettivi importi sul conto corrente infruttifero di Tesoreria Unica n. 31930 intestato a Regione Piemonte – Tesoreria Provinciale Sezione di Torino.

### Articolo 5 Comitato di Controllo

- 1) Il monitoraggio del progetto è realizzato attraverso un Comitato di controllo, costituito da un rappresentante designato da ciascuno degli Enti sottoscrittori della convenzione e da un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità.
- 2) Le attività di coordinamento del Comitato sono affidate al rappresentante della Regione Piemonte.

### Articolo 6 Norme regolatrici della Convenzione

- 1) La Convenzione deve essere eseguita con l'osservanza di tutti i patti, oneri e condizioni previsti dalle clausole del presente atto, dalle vigenti norme della contabilità di Stato e dalle disposizioni del codice civile.
- 2) I sottoscrittori della presente convenzione si impegnano ad operare nel pieno rispetto delle leggi e regolamenti vigenti.
- 3) E' espressamente convenuto che il presente atto si risolve qualora si accerti la reiterata mancata attuazione della sperimentazione nei modi e nei tempi convenuti. Eventuali ritardi a seguito di rinvii amministrativi e comunque di differimenti non direttamente dipendenti o imputabili alla volontà degli Enti che attuano la sperimentazione non costituiscono motivi di risoluzione della presente convenzione. Scostamenti dal progetto originale potranno venire di volta in volta formalmente autorizzati, su richiesta dell'Ente responsabile dell'attuazione della sperimentazione, dal Comitato di controllo di cui all'articolo 5.

Articolo 7  
Controversie

- 1) Per ogni eventuale controversia che insorga tra le parti in relazione all'interpretazione, esecuzione e/o validità del presente accordo, viene nominato un collegio arbitrale di tre membri, di cui uno designato dal Ministero, uno dalla Regione Piemonte ed il terzo con funzioni di presidente designato da entrambi. In caso di mancato accordo tra le parti, il presidente verrà nominato dal Presidente del Tribunale di Roma
- 2) La presente Convenzione si compone di 7 articoli e viene redatta in cinque copie originali. L'allegato A costituisce parte integrante della presente convenzione.

Roma,

Letto, confermato e sottoscritto

MINISTERO DELLA SALUTE  
Direzione Generale Prevenzione  
Sanitaria

Il Direttore Generale  
Donato Greco

REGIONE PIEMONTE  
Direzione Generale Sanità  
Pubblica

Il Direttore Generale Vicario  
Gianfranco Corgiat Loia

REGIONE PIEMONTE  
Direzione Generale Politiche  
Sociali

Il Direttore Generale  
Attilio Miglio