

REGIONE CALABRIA

Giunta Regionale

Dipartimento tutela della Salute, Politiche Sanitarie e Sociali

Oggetto: PROGETTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

INTRODUZIONE

Gli incidenti domestici costituiscono, nei paesi industrializzati, una rilevante area-problema di sanità pubblica, come si evince dalla valutazione quantitativa della mortalità e morbosità conseguente a questa tipologia d'incidente. Diversi paesi europei ed extra europei hanno avviato, da alcuni anni, politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno. La Comunità Europea ha avviato un programma per la sorveglianza ed il monitoraggio di questi eventi, attraverso la sorveglianza degli incidenti che accedono alle strutture dell'emergenza, cui successivamente è seguita la costituzione di una base europea di dati. Il crescente interesse è dovuto al peso sociale degli infortuni domestici in termini di vite umane, assistenza sanitaria ospedaliera ed extraospedaliera, invalidità permanenti e temporanee, assenza dal lavoro per malattia conseguente ad infortunio domestico.

In Italia, secondo i dati dell'indagine multiscopo ISTAT, vi sono stati 2.848.000 persone vittime di incidente domestico nel 2001 corrispondente al 5% della popolazione italiana con un tasso di incidenza di 50 casi ogni 1.000 abitanti nell'anno. I gruppi di popolazione colpiti in modo rilevante sono quelli che trascorrono maggior tempo a casa: donne, anziani, età prevalentemente 75 anni ed oltre, bambini in età prescolare. Le casistiche più frequenti riguardano: donne anziane (28,2% dei casi donne di 65 anni ed oltre), donne adulte (15,9%, età 25-64anni) e uomini anziani (9,6%, uomini con 65 e più anni).

Le cause più diffuse relativamente agli incidenti domestici sono: le cadute (28,4% degli incidenti), utensili o attività legate alla cucina (33%). Tra gli utensili impiegati in cucina quelli che causano incidenti più frequentemente sono i coltelli che determinano il 12,8% di tutti gli incidenti. Queste statistiche, pur offrendo un'utile panoramica sull'evento accidentale, non forniscono adeguatamente informazioni sulla gravità dell'infortunio. In Calabria bisogna necessariamente attivare sistemi di rilevazione idonei in tutta la regione ed utilizzare al meglio i flussi informativi disponibili in prospettiva di una sorveglianza sulla popolazione a rischio, al fine di monitorare e verificare l'efficacia degli interventi per il ridimensionamento dell'incidenza del fenomeno che rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello nazionale. Uno dei gruppi da tenere in considerazione è quello dei bambini, per il quale le cadute rappresentano la causa

preponderante, raggiungendo mediamente il 75% dei casi. Al di sotto dei 4 anni di età la proporzione degli incidenti dovuti ad avvelenamenti, ad ustioni e caustici è piuttosto rilevante e diminuisce sensibilmente dai 5 anni in poi. Le principali lesioni riportate dai bambini al di sotto dell'anno di età sono le lesioni degli arti inferiori che aumentano progressivamente con l'aumentare dell'età. Un secondo gruppo a rischio è costituito dalle casalinghe condizionate spesso dal patrimonio abitativo. Basti pensare che il 50% delle abitazioni ha più di 40 anni, quasi la metà degli italiani abitano in appartamenti cadenti, malfatti con pavimenti talvolta sconnessi. Molti impianti sono inadeguati e il loro stato di manutenzione non è sempre all'altezza degli standard di sicurezza richiesti. Così come vengono spesso utilizzati, con eccessiva disinvoltura, apparecchi e materiali sprovvisti dei requisiti minimi di sicurezza fissati a livello europeo.

Nell'ambito degli incidenti in casa gli anziani hanno un peso rilevante essendo quotidianamente esposti a molti fattori di rischio presenti, dovuti prevalentemente a condizioni ambientali abitative, uniti a fattori prettamente personali (malattie presenti, trattamenti farmacologici in corso, abuso di bevande alcoliche). Non si deve comunque dimenticare che infortuni, invalidità permanente e decessi mettono in grave difficoltà i singoli e le famiglie coinvolte e, di riflesso, rappresentano per l'intera comunità un vero e proprio costo sociali

In Italia il fenomeno assume particolare rilevanza, ma i dati disponibili per valutarne la dimensione sono tuttora incompleti e spesso frammentari. L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ha condotto un'indagine periodica multiscopo sugli stili di vita familiari, fondata sulle interviste di 23.000 famiglie.

Le statistiche offrono un'ottima panoramica sull'evento accidentale, ma ciò che non si può desumere da esse è l'informazione sulla lesione e sulla conseguente necessità di assistenza sanitaria. In termini più generali non si hanno informazioni sulla gravità dell'infortunio. Se si prende in considerazione questo ultimo aspetto le proporzioni sopra illustrate cambiano considerevolmente: ad esempio osservando gli accessi in Pronto Soccorso ospedalieri (PS) registrati nel Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA), si può notare come nel 2004 la proporzione delle cadute salga al 56 per cento dei casi di incidente, mentre la proporzione degli eventi occorsi in cucina scenda al 19 per cento della casistica, pur rimanendo tale ambiente uno dei luoghi più pericolosi della casa, il complesso degli utensili domestici causa non più del 7 per cento degli infortuni che hanno richiesto assistenza in PS.

Le ultime informazioni disponibili prima del SINIACA, desumibili da vasto campione orientate alla sanità pubblica, sono nel 1995 quelle dello Studio Italiano sugli Incidenti (SISI, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità), sorveglianza campionaria condotta in tre Regioni italiane (Liguria, Marche e Molise), con 60.000 casi di incidente registrati in pronto soccorso. Sulla base di tale sorveglianza si può stimare all'epoca il peso sanitario degli incidenti domestici in circa 1.800.000 infortunati visti in PS per 250.000 dei quali era stato necessario il ricovero ospedaliero.

Anche se in Calabria è verosimile che l'incidenza del problema sia molto più rilevante rispetto a quanto appare dalle rilevazioni ufficiali e che lo stesso possa essere effettivamente sottostimato. Appare opportuno pertanto rafforzare gli attuali sistemi di rilevazione in parte attivati in aree pilota e utilizzare al meglio i flussi informativi correnti già disponibili .

Nell'ambito degli incidenti, una parte di questo fenomeno può essere suscettibile di prevenzione, anche attraverso semplici accorgimenti, quali l'uso di tappetini antisdrucciolamento in bagno, dotare i bagni di appositi sostegni, e cosa fondamentale realizzare secondo le norme e regolamenti tecnici degli impianti tecnologici esistenti nelle abitazioni (acqua, luce, gas) nonché l'impiego di apparecchi utilizzatori degli stessi impianti (stufe ,elettrodomestici,utensili) conformi alle norme

europee sulla sicurezza e di qualità dei componenti utilizzati per la loro costruzione uniti ad un'ampia diffusione di una cultura della prevenzione che privilegi una maggiore conoscenza dei pericoli e una reale presa di coscienza dei rischi, una capillare attività di sensibilizzazione e di informazione sui comportamenti improntati a migliorare la sicurezza.

Gli incidenti domestici rappresentano dunque un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili. L'ampiezza del fenomeno degli infortuni in ambiente domestico deve peraltro rendere consapevole la collettività che le mura domestiche rappresentano un ambito di sicurezza solo se sono rispettate condizioni di corretto utilizzo degli spazi e degli oggetti.

Su questo problema è stato fatto un decisivo passo in avanti con l'approvazione della legge 3 dicembre 1999, n. 493, relativa alle "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". Questa legge, infatti, riconosce non solo il carattere "lavorativo" dell'attività che prevalentemente la donna svolge in casa, ma istituisce il "Sistema di sorveglianza nazionale sugli infortuni negli ambienti di civile abitazione", che permetterà sia di conoscere più in dettaglio il fenomeno, sia di valutare correttamente l'efficacia delle azioni di prevenzione promosse. Particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto quelli istituzionalizzati.

Sono di seguito riportati gli obiettivi e le azioni previste dal vigente Piano Regionale per la Salute 2004-2006 relativamente agli incidenti domestici che ricalcano gli obiettivi e le azioni di questo Progetto Regionale:

OBIETTIVI	AZIONI
Costituisce obiettivo del Piano la riduzione del numero degli infortuni domestici. In particolare, dovrà diminuire l'entità del fenomeno nelle categorie più a rischio, gli anziani di età superiore ai 65 anni.	1. incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistica e di attrezzature;
	2. predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;
	3. sviluppare campagne d'informazione e di sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie a rischio;
	4. costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuare criteri di misura e di registrazione degli infortuni domestici.

Sulla base normativa del vigente PRS, delle indicazioni e delle modalità operative del progetto SINIACA ed in considerazione delle Linee Guida del CCM si redige questo Progetto che tiene conto della sostenibilità a livello delle Aziende Sanitarie della Calabria.

Fonti informative utilizzate

Attualmente presso il Dipartimento Tutela della Salute, Politiche Sanitarie e Sociali della Regione Calabria, ed in particolare presso il CED Sanità di Reggio Calabria sono disponibili alcune fonti informative correnti, sulla base di flussi sanitari attivati, utili per il monitoraggio del problema di salute in questione, altri dati sono desumibili da altre fonti ufficiali (per es. ISTAT):

La piattaforma informativa in uso è sostanzialmente costituita da:

- Flusso Ricoveri Ospedalieri (SDO)
- Flussi di mortalità ISTAT

Altri dati sono attivabili, ai fini del progetto, nel primo anno di attività del progetto. Nei successivi due anni del progetto saranno attivati flussi di dati sull'attività di Pronto Soccorso in linkage con altri dati (epidemiologici – tipo questionari o tipo studio PASSI – SDO, mortalità, prestazioni ambulatoriali ecc.).

DIMENSIONE DEL PROBLEMA Dati epidemiologici

- Fonti informative utilizzate provenienti dalla Sede del Centro Elaborazione Dati Sanitari di Reggio Calabria
- ISTAT Health for all

I dati epidemiologici relativi ai ricoveri per infortuni domestici, suddivisi per fasce d'età (<18; 18-45 anni; 46-65 anni e > 65 anni) e per sesso, mettono in evidenza come il fenomeno dei ricoveri per questo tipo di infortuni sia caratterizzato da una prevalenza complessiva del sesso femminile e della fascia d'età oltre i 65 anni. Nella fascia d'età inferiore ai 45 anni la prevalenza è del sesso maschile, ma il fenomeno a queste età è meno influente in termini di numerosità dei casi. Il numero dei casi oltre i 45 anni è preponderante, mentre cresce in modo spropositato il numero dei casi nel sesso femminile. Infatti nella fascia d'età oltre i 65 anni, la più numerosa, i casi accaduti al sesso femminile superano di oltre tre volte quelli del sesso maschile. - Grafici 3-6.

Nel solo 2003 i casi, le giornate di degenza ed i costi, sono quelli di cui alla seguente tabella:

INFORTUNIO IN AMBIENTE DOMESTICO	CASI	673
	GG.DEGENZA	4.470
	IMPORTI	1.782.951,54

Tabella 1. anno 2003 Ricoveri per infortuni in ambiente domestico.

Per quanto attiene ai decessi per questo tipo di incidenti, un dato indiretto ci viene dalla mortalità per traumatismi ed avvelenamenti, i cui tassi complessivi – Calabria vs. Italia - sono riportati nel grafico 1. Nel grafico 2. sono riportati i dati di andamento della mortalità nelle province calabresi dal 1990 al 2002.

Grafico 1.

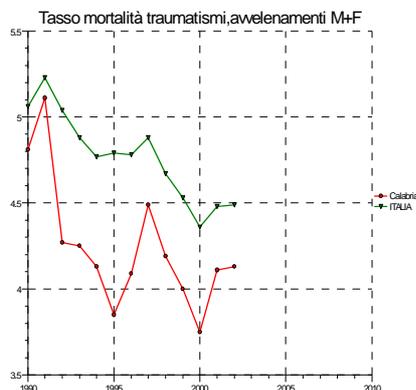
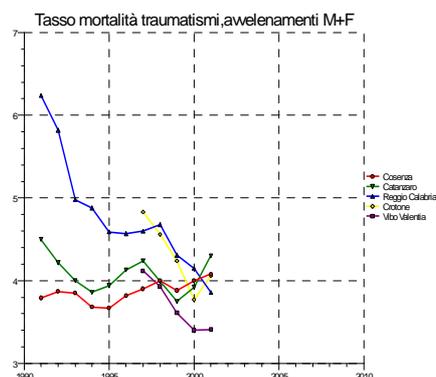


Grafico 2.



Ricoveri Infortuni DOMESTICI anno 2002

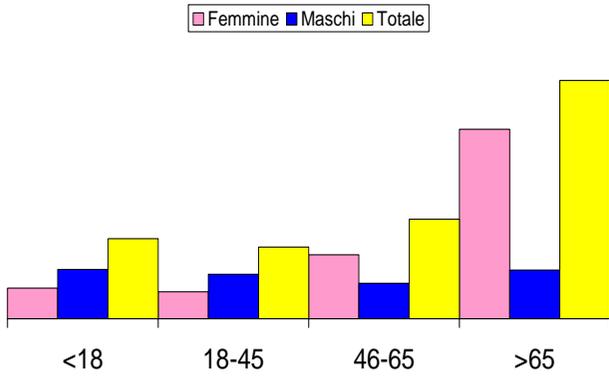


Grafico 3.

Ricoveri Infortuni DOMESTICI anno 2003

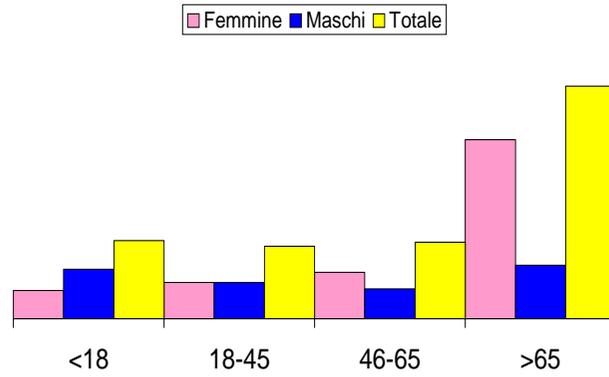


Grafico 4.

Ricoveri Infortuni DOMESTICI anno 2004

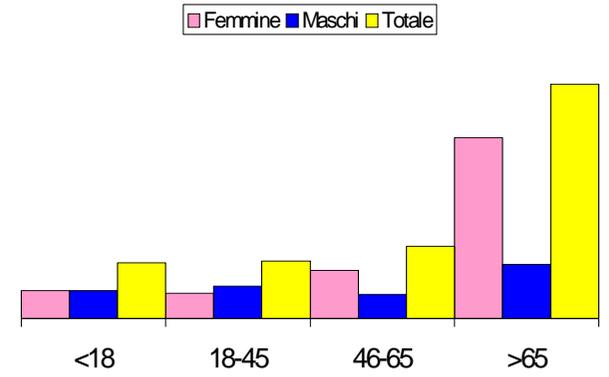


Grafico 5.

**Ricoveri complessivi per Infortuni DOMESTICI
anni 2002,2003,2004**

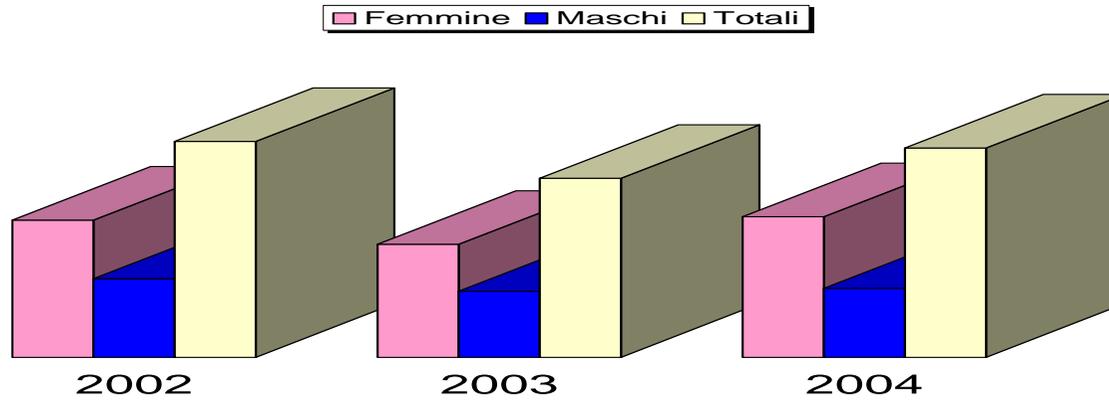


Grafico 6.

SORVEGLIANZA

La sorveglianza verrà intrapresa sull'azienda pilota nel primo anno e su base regionale (cioè estesa a tutte le AASS e AAOO calabresi) nei successivi due anni.

A) Sorveglianza standard

Obiettivo del progetto è anche quello di migliorare il livello di conoscenza del fenomeno incidenti domestici, nei suoi andamenti temporali e spaziali, nei suoi livelli di gravità, nella valutazione dei fattori di rischio associati, nell'impatto sui servizi sanitari e sugli esiti di salute a medio-lungo termine. Vanno per questo valorizzati, in primo luogo, i flussi informativi correnti attraverso il rafforzamento, l'integrazione e la valorizzazione dei flussi informativi sanitari disponibili (principalmente SDO-mortalità). Saranno implementati i flussi di pronto soccorso per l'avvio di una sorveglianza sull'azienda sanitaria ed ospedaliera pilota e, dal secondo anno, a livello di tutta la regione.

B) Analisi epidemiologica e/o utilizzo flussi informativi ad hoc per valutare la prevalenza di opinioni/comportamenti a rischio non già rilevabili attraverso i flussi informativi correnti routinari

Nel primo anno di attività la Regione, attraverso un'AS pilota da individuare, predisporrà un questionario da sottoporre ai pazienti che si recheranno al Pronto Soccorso dell'azienda pilota a cui si diagnosticherà un possibile incidente di tipo domestico, ed un questionario da sottoporre ad una popolazione campione che indagherà su conoscenze e comportamenti, in modo da attivare surveys periodiche che siano in grado di fornire informazioni complementari ed indicazioni di qualità sui dati raccolti routinariamente, e che siano nelle condizioni di fornire informazioni aggiuntive sul tipo di incidente (es. il/i protagonista/i, l'eventuale causa, l'eventuale mezzo utilizzato, le modalità e la dinamica degli incidenti ecc.).

Attori per la sorveglianza

- Dipartimento Tutela della Salute, Politiche Sanitarie e Sociali della Regione Calabria – Settori della Prevenzione e della Programmazione Sanitaria
- UU.OO. di Pronto Soccorso di tutte le AA.OO. e AA.SS. della Calabria
- UU.OO. di Epidemiologia di tutte le AASS della Calabria
- Direzioni Sanitaria di Presidio di tutte le AA.OO e AA.SS. della Calabria
- UU.OO. Sistemi informativi locali aziendali sia territoriali che ospedalieri
- MMG e PLS
- Dipartimenti di Prevenzione di tutte le AA.SS della Calabria– UU.OO. di Promozione ed educazione alla salute
- Distretti Sanitari - area socio-sanitaria – della Calabria
- Tutti gli operatori chiamati alla compilazione delle strumenti informativi, sia entro che fuori le strutture sanitarie

Esperienze di prevenzione attivate e livello territoriale coinvolto.

Allo stato attuale non risultano attività di prevenzione programmate su base regionale al di là di isolate o sporadiche esperienze locali.

PREVENZIONE

In base ai risultati della sorveglianza e alle evidenze scientifiche di efficacia verranno individuate le popolazioni verso cui orientare gli interventi di prevenzione (tenuto conto che le principali fasce di rischio sono rappresentate, in ordine, da anziani, bambini, donne adulte), privilegiando approcci integrati multidisciplinari a fronte di quelli singoli, e circa alcuni ambiti prioritari.

Gli interventi di prevenzione saranno orientati verso:

1. Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari (ad esempio, operatori di Pronto Soccorso, MMG, PLS), mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali;
2. Realizzazione di interventi di rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associati a quelli informativo/educativi;
3. Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per i gruppi a rischio, ad esempio bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche); anziani (quelli che vivono da soli dovrebbero essere considerati come soggetti prioritari), casalinghe;
4. Realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.

Per la realizzazione di tali interventi verranno privilegiati interventi integrati che si avvalgano anche di istituzioni sanitarie, non sanitarie e di gruppi della società civile. (es. servizi di assistenza domiciliare sia sanitaria che sociale, RSA, Hospice, Case alloggio, centri per anziani, associazioni di casalinghe etc.)

Piano operativo

- evento da sorvegliare: infortunio osservato presso il Pronto Soccorso; infortunio rilevato attraverso i ricoveri ospedalieri;
- definizione dell'ambito territoriale di conduzione della sorveglianza: tutto il territorio calabrese
- definizione di indicatori di processo e di risultato ai fini del monitoraggio e della valutazione

Monitoraggio

Il monitoraggio del progetto avverrà sulla base di alcuni indicatori di attività tra cui:

Costituzione gruppo coordinamento e individuazione referenti aziendali (tempo 0)

Definizione piano di valutazione (1° trimestre)

Avvio integrazione basi dati e report descrittivi sorveglianza regionale (1° anno)

Avvio interventi (1°-3° anno)

Valutazione (3° anno)

- definizione dei flussi informativi;

Verranno utilizzati:

Dati ISTAT di mortalità

Dati SDO

Flussi PS Ospedalieri attivati con sistema SINIACA

Indagini ad hoc

- definizione di un piano di formazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza;

La formazione degli operatori coinvolgerà in primo luogo responsabili e protagonisti della rilevazione prioritariamente nelle aree pilota attivate con eventi formativi da attuare presso la Regione Calabria.

- definizione dell'assetto organizzativo:
 - Dipartimento Tutela della Salute, Politiche Sanitarie e Sociali della Regione Calabria – Settori della Prevenzione e della Programmazione Sanitaria – Commissione Regionale
 - UU.OO. di Pronto Soccorso di tutte le AA.OO. e AA.SS. della Calabria
 - U.O. di Epidemiologia di tutte le AASS della Calabria
 - UU.OO. Sistemi informativi locali aziendali sia territoriali che ospedalieri
 - Direzioni Sanitarie di Presidio di tutte le AA.OO e AA.SS. della Calabria
 - Dipartimenti di Prevenzione di tutte le AA.SS della Calabria – UU.OO. di Promozione ed educazione alla salute
 - Distretti Sanitari di tutte le AA.SS. della Calabria

Indicatori di processo e di risultato

Nel primo anno il Comitato Aziendale definirà un Piano di valutazione e di monitoraggio del progetto che valuterà l'opportunità di avvalersi dei seguenti indicatori, i quali saranno puntualmente definiti nel Piano di Valutazione.

Negli anni successivi tale compito sarà effettuato dalla Commissione regionale.

INDICATORI DI PROCESSO:

- Costituzione del Comitato aziendale (SI/NO)
- Definizione puntuale dell'assetto organizzativo e definizione di strumenti da utilizzare per gli interventi educativo/formativi (primo quadrimestre 2006)
- Stipula protocolli d'intesa con i diversi attori sociali (SI/NO)
- Realizzazione corsi di formazione: entro primo semestre 2006
- Predisposizione degli strumenti informativo/educativi (SI/NO)
- Somministrazione schede: entro primo semestre 2006
- Informatizzazione schede: entro primo semestre 2006
- Prima surveys di tipo epidemiologico: entro primo semestre 2006
- Dati conclusivi sotto forma di prima relazione: ottobre 2006.

INDICATORI DI RISULTATO:

Aumento della consapevolezza dell'importanza della prevenzione degli infortuni domestici.
Sviluppo di sinergie operative con tutte le altre strutture operative coinvolte (livello alto di partecipazione alle iniziative comuni).

Tempi per la realizzazione

Il progetto dura complessivamente tre anni:

- Costituzione del Comitato Aziendale per la Prevenzione degli Infortuni Domestici (tempo 0 – marzo 2006)
- Definizione puntuale dell'assetto organizzativo e definizione di strumenti da utilizzare per gli interventi educativo/formativi (primo quadrimestre 2006)
- Stipula protocolli d'intesa con i diversi attori sociali (primo semestre 2006)
- Definizione Piano di Valutazione (primo semestre)
- Commissione Regionale (Marzo 2007)
- Commissioni aziendali (Aprile 2007)
- Avvio interventi (secondo semestre 1° anno - 3° anno)
- Monitoraggio e Valutazione (1° - 3° anno).

SCHEDA FINANZIARIA

Tempi e costi per la realizzazione:

TEMPI 3 anni.

Costi

A livello Regionale - Informatizzazione schede per sviluppo e integrazione base dati I anno = Euro 100.000.

Per il II anno Euro 50.000, per il terzo anno Euro 50.000.

A livello territoriale (AS) per interventi e raccolta dati Euro 900.000 per anno.

TOTALE complessivo Euro 2.900.000.

