

SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

| | |
|---|----------|
| Introduzione | pag. 199 |
| – Le dimensioni del problema a livello regionale | pag. 199 |
| – Descrizione delle esperienze di prevenzione attivate | pag. 208 |
| Sorveglianza | pag. 216 |
| – Gli obiettivi | pag. 216 |
| – Obiettivo specifico A) Predisporre uno “strumento operativo” capace di raccogliere e ordinare tutti i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti domestici sul territorio della Regione e di studiarne l’applicabilità su tutto il territorio regionale | pag. 219 |
| – Obiettivo specifico B) Ampliare il sistema di rilevazione SINIACA nella Regione con la costituzione di un secondo punto di rilevazione | pag. 222 |
| Prevenzione | pag. 225 |
| – Gli Obiettivi | pag. 225 |
| – Gli Obiettivi specifici | pag. 227 |
| – Obiettivo specifico A) Riduzione del rischio di caduta nell’anziano fragile al domicilio - Intervento di promozione dell’attività fisica nella popolazione anziana, basato sulla mobilitazione e ginnastica dedicata | pag. 228 |
| – Obiettivo specifico B) Rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l’effettuazione di visite domiciliari, associate a interventi informativo/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo. | pag. 233 |
| – Obiettivo specifico C) Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani; | pag. 241 |
| – Obiettivo specifico D) Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari 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 | pag. 249 |

INTRODUZIONE

Le dimensioni del problema a livello regionale

Gli incidenti domestici avvenuti in Emilia Romagna sono stati studiati finora con ricerche specifiche finalizzate ognuna ad indagare un aspetto particolare del fenomeno o dei dati esistenti relativi ad esso.

Le indagini significative finora compiute sono le seguenti:

- A) Ricerca Multiscopo ISTAT 2002
- B) L'indagine nazionale PASSI – Dati relativi all'Emilia-Romagna
- C) Rilevamento dati SINIACA presso l'AUSL di Forlì
- D) Gli infortuni domestici in provincia di Modena Sintesi dell'analisi su dati correnti

Si riportano di seguito brevi relazioni sulle risultanze emergenti

A) Ricerca Multiscopo ISTAT 2002

La ricerca multiscopo ISTAT 2002 ha indagato l'incidenza regionale dell'incidentalità domestica relativamente ad un trimestre.

Si riporta di seguito la tabella ISTAT riassuntiva del dato nazionale e regionale.

Persone che negli ultimi tre mesi hanno subito incidenti in ambiente domestico per regione, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2002
ISTAT

| | Totale (migliaia) | Quozienti per 1.000 persone | Numero di incidenti | Media per infortunato |
|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Emilia Romagna | 38 | 9,4 | 43 | 1,1 |
| Italia nord-occidentale | 171 | 11,4 | 192 | 1,1 |
| Italia nord-orientale | 117 | 11,1 | 133 | 1,1 |
| Italia centrale | 122 | 11,0 | 159 | 1,3 |
| Italia | 712 | 12,4 | 886 | 1,2 |
| Comune centro area metropol. | 125 | 14,0 | 166 | 1,3 |
| Periferia area metropolitana | 84 | 12,0 | 96 | 1,1 |
| Fino a 2.000 abitanti | 47 | 13,5 | 59 | 1,2 |
| Da 2 a 10.000 abitanti | 166 | 11,6 | 209 | 1,3 |
| Da 10 a 50.000 abitanti | 170 | 12,0 | 209 | 1,2 |

| | | | | |
|-----------------------|-----|------|-----|-----|
| 50.000 abitanti e più | 120 | 12,7 | 148 | 1,2 |
|-----------------------|-----|------|-----|-----|

B) L'indagine nazionale PASSI – Dati relativi all'Emilia-Romagna

L'indagine nazionale PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e coordinata a livello regionale dal Servizio Sanità Pubblica dell'Assessorato alle Politiche per la Salute, ha lo scopo di effettuare una sorveglianza sullo stato di salute della popolazione italiana, grazie a un monitoraggio delle abitudini, degli stili di vita e dei programmi di intervento che il Paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio. L'indagine è stata effettuata mediante interviste telefoniche ad un campione di persone di età 18-69 anni che, nel suo primo anno di sperimentazione, poteva essere rappresentativo a livello regionale (600 soggetti) o anche di Azienda USL (200 soggetti). Nella primavera 2005 sono state intervistate nella regione Emilia-Romagna oltre 1.500 persone, e il questionario è stato ampliato con una sezione relativa agli infortuni domestici realizzata dal Servizio Epidemiologia dell'Azienda Sanitaria Locale di Modena. Questa estensione è stata utilizzata nelle province di Modena e di Reggio Emilia. Entrambe le AUSL hanno effettuato il campionamento su 200 soggetti.

In questo documento è riportata una sintesi dell'analisi degli infortuni domestici sulla base dei dati congiunti delle due province (401 questionari validi) per aumentare la numerosità del campione.

Le persone che hanno riferito di aver subito un infortunio domestico nell'ultimo anno sono state 51, di cui 27 in provincia di Modena (pari al 13,4% delle interviste effettuate) e 24 in quella di Reggio Emilia (12%); gli infortuni sono stati 30 per Modena (15%) e 32 per Reggio Emilia (16%). Sulla base dei quozienti osservati, si è stimato che il numero di soggetti nella fascia di età 18-69 anni che annualmente subisce un infortunio domestico è di circa 61.500 per la popolazione di Modena e circa 41.500 per quella di Reggio Emilia.

Non si osservano differenze tra maschi e femmine mentre, dall'analisi della distribuzione per classi di età, emerge che si infortunano maggiormente le persone tra i 18 e i 34 anni.

Relativamente alla gravità degli infortuni, gli eventi riferiti risultano nella maggior parte lievi: nel 78% dei casi è stata sufficiente una medicazione in casa. Le informazioni su agenti, ambienti ed esiti sono stati rilevate solo per gli infortuni che hanno richiesto cure mediche. La maggior parte delle lesioni di tali infortuni era rappresentata da fratture o lussazioni (46%) seguite dalle ferite da taglio (36%).

Gli agenti che maggiormente hanno provocato gli infortuni domestici sono stati l'abitazione (scale, pavimenti, vetri e mobili) per il 55% dei casi, gli attrezzi da lavoro per il 18% e gli utensili (coltelli, elettrodomestici e utensili in genere da cucina) nel 9% dei casi.

Gli ambienti in cui gli intervistati riferiscono di aver subito gli infortuni sono: balcone, terrazzo o giardino nel 27% dei casi, seguiti a pari merito da cantina/garage/soffitta e scale esterne all'abitazione con il 18%. Gli altri ambienti, quali scale interne, cucina e soggiorno hanno percentuali pari al 9%. Le attività svolte al momento dell'infortunio erano i lavori domestici nel 36% dei casi, riparazioni/fai da te/bricolage nel 27% e gioco/passatempo nel 9%.

Non sono state riscontrate associazioni dal punto di vista statistico tra gli infortunati e alcuni stili di vita che avrebbero potuto rappresentare un fattore di rischio, quale l'attività fisica intensa o moderata, l'assunzione di alcool, l'abitudine al fumo di tabacco e l'eventuale presenza di alcune patologie croniche.

Le fonte informativa utilizzata:

- Indagine PASSI

C) Rilevamento dati SINIACA presso l'AUSL di Forlì

Relazione sull'andamento degli incidenti domestici nel territorio dell'AUSL di Forlì – anni 2003 - 2004

Definizione di incidente domestico: quella utilizzata dal SINIACA

incidente dovuto ad evento traumatico, avvenuto all'interno delle mura domestiche o nelle immediate pertinenze (giardino, cantina, garage, aree di servizio condominiali, ...), riconducibile a cause non legate alla volontà umana, che ha indotto il soggetto o i familiari a consultare un medico del Pronto Soccorso

Punti di rilevazione dei dati

L'origine dei dati sono i report che vengono compilati, generalmente dal medico, al termine della prestazione di P.S. e che alimentano la banca dati elettronica del P.S..

I punti di rilevazione sono tre: il P. S. vero e proprio, situato nell'Ospedale di Forlì, e due punti di primo intervento, tutti collegati in rete.

I punti di primo intervento sono situati rispettivamente presso gli stabilimenti ospedalieri di Forlimpopoli (10 Km da Forlì), al quale fa riferimento in parte (per gli eventi meno gravi) le popolazioni di Forlimpopoli e di Bertinoro, e S. Sofia (40 Km da Forlì, nella valle del Bidente), al quale fanno riferimento gli abitanti di S.Sofia e in parte di Galeata e Civitella di Romagna; tali punti di primo intervento sono comunque collegati in rete alla stessa banca dati.

Popolazione di riferimento

A questi tre punti di primo soccorso fa capo la popolazione di quasi tutto il territorio dell'Az USL di Forlì, 13 comuni su 15;

fanno eccezione i comuni di Modigliana e Tredozio, le cui popolazioni per ragioni geografiche (la valle del Marzeno, nella quale sono situati, sbocca a Faenza) fanno riferimento al P.S. dell'Ospedale di Faenza (AzUSL di Ravenna).

In complesso dunque la popolazione da cui originano i casi, secondo i dati forniti dal portale statistico della RER erano:

al 31.12.2003: 169.140 abitanti

al 31.12.2004: 171.305 abitanti

su questi valori di popolazione sono stati calcolati i tassi di incidenza rispettivamente del 2003 e 2004, che hanno quindi un valore solo indicativo.

Casi potenzialmente non rilevati

Poiché nell'Ospedale di Forlì sono presenti un Pronto Soccorso oculistico ed un Pronto Soccorso Pediatrico, che nel 2003 e 2004 non erano collegato alla banca dati del PS generale, sicuramente sfuggono alla rilevazione casi di competenza oculistica; è meno probabile che sfuggano casi pediatrici, perché comunque le patologie da trauma e gli avvelenamenti fanno capo al P.S.

Analisi dei dati

La tabella seguente riporta i casi rilevati nel 2003 e 2004

Tabella 1: Incidenti domestici rilevati al P.S. dell'Az USL di Forlì nel 2003 e 2004

| | 2003 | | 2004 | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | N° | % | N° | % |
| Femmine | 3119 | 54,2 | 3273 | 52,6 |
| Maschi | 2638 | 45,8 | 2946 | 47,4 |
| Totale | 5757 | 100% | 6219 | 100% |

In assoluto i casi sono aumentati del 8%, soprattutto nei maschi (+ 308 casi) che nelle femmine (+ 154 casi)

I tassi di incidenza grezzi, rilevati sulla popolazione indicata sopra, sono:

Tasso incidenza 2003: 3,4%

Tasso incidenza 2004: 3,6%

Variatione 2004 – 2003 = + 5,9%

Calcolando i tassi di incidenza standardizzati per età (standardizzazione diretta rispetto alla popolazione sia della AUSL, sia della Regione) dei residenti nei vari comuni, si nota che i tre comuni che hanno i tassi significativamente superiori alla media sono quelli sede di P.S. (Forlì 3.13, S.Sofia 5.04, e Forlimpopoli 3.83). Due comuni (Meldola e Predappio) hanno tassi significativamente inferiori alla media (rispettivamente 2.43 e 2.34).

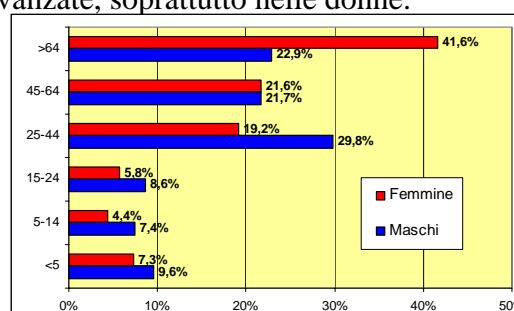
Correlando i tassi standardizzati con la distanza in Km dal P.S. si ottiene un $R = - 0.95$ ($R^2 = 0.90$)

In sostanza il 90% della variabilità dei tassi standardizzati è spiegato dalla distanza dal PS, che è un indicatore della facilità di accesso; laddove insistono i punti di P.S. i tassi sono più elevati nei piccoli paesi, dove verosimilmente l'attesa della prestazione è minore, che no nel PS principale, dove i codici di triade più bassi possono avere tempi di attesa lunghi.

Ciò evidentemente dimostra anche che vi è una quota di accessi al PS potenzialmente impropri, come dimostrato anche dal fatto che al triage circa il 18,8% dei casi sono codici bianchi

La distribuzione per età dei casi, che è sostanzialmente in linea con quanto descritto in letteratura, ha un andamento a U con valori più elevati e decrescenti nell'infanzia, quando prevalgono i maschi, un picco nei maschi giovani-adulti (verosimilmente legato ai lavori più pericolosi di manutenzione domestica, ma non si può escludere una quota di infortuni lavorativi mascherati) ed un aumento nelle età più avanzate, soprattutto nelle donne.

Quanto sopra è illustrato nella tabella 2



La *dinamica* nettamente più frequente in caso di incidente domestico è la caduta (47.4%); seguono a distanza l'urto (22.3%) e il taglio (11.3%).

Ciò rende ragione delle *lesioni* diagnosticate con più frequenza: contusione (31%), ferite (24.9%) e *fratture* (1348 nel 2004 pari al 21.7%). Le ustioni rendono conto del 3% degli accessi e gli avvelenamenti mediamente del 1.9%, con una significativa diminuzione dal 2003 (2.4%) al 2004 (1.6%)

Il *distretto corporeo* più frequentemente interessato sono gli arti superiori (34% dei casi), arti inferiori (26%) e volto (15%)

Una variabile interessante, che può essere utilizzata come un indicatore, seppure parziale, di impegno delle risorse sanitarie è la *Destinazione*: mediamente ogni anno il 64.3% dei casi torna a casa, il 24.1% (1446 casi) è avviato a visita specialistica, il 5.3% viene ricoverato in reparto specialistico (315 casi), il 1.1% viene ricoverato in astanteria (66 casi) e lo 0.3% viene trasferito ad altra struttura ospedaliera (16 casi).

Nei due anni considerati sono decedute al P.S 4 persone;

in realtà l'analisi dei certificati di morte fatta nel 2003 porta a valutare in 27 casi (16 femmine e 11 maschi) i decessi imputabili ad incidente domestico; di questi 25 casi sono relativi a persone con età superiore a 65 anni e ben 24 sono imputabili a cadute.

Si è registrato anche 1 decesso in età pediatrica per soffocamento da ingestione di cibo.

Cadute negli anziani

Il fenomeno più rilevante legato ad incidente domestico è decisamente rappresentato dalle cadute nelle persone con più di 65 anni.

Nel 2004 si sono avuti 1417 casi di cadute in anziani (48% di tutte le cadute per incidente domestico); di queste il 25 % (733 casi) ha riguardato persone con più di 79 anni.

Il tasso di incidenza delle cadute (casi afferenti al P.S.) specifico per fasce di età (dati 2003) è di 1,8% da 0 -14 anni, è stabile intorno allo 0,8% tra 14 e 64 anni, rimane stabile sul 1,6% tra 65 e 74 anni e poi torna a salire progressivamente fino al 9,9% sopra i 90 anni

Tabella 3

| età | 0-14 | 15-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90-94 | >94 | totale |
|-----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| N° cadute | 345 | 928 | 165 | 168 | 209 | 280 | 190 | 148 | 39 | 2472 |
| Tasso incidenza | 1,8% | 0,8% | 1,6% | 1,7% | 2,3% | 4,7% | 5,4% | 8,3% | 9,9% | 1,4% |

Il tasso medio sopra i 65 anni è circa il 3%.

Poiché la maggior parte degli studi pubblicati indicano in circa il 30 % il tasso di cadute sopra i 65 anni, rilevate tramite intervista diretta, se ne deduce che solo 1 caduta su 10 è tale da indurre l'infortunato a rivolgersi al P.S.

Rischio di ricadute

Gli anziani (> 65 anni) che hanno già sperimentato una caduta hanno una probabilità di cadere di nuovo entro 1 anno dal primo evento del 12.2%, che diventa il 15.3% sopra i 75 anni, il 17.7 sopra gli 80 ed il 20.3 sopra gli 85 anni.

Per chi cade più volte la cadenza periodica media di accesso al PS è di 3 mesi

Tabella 4

| Fascia di età | >=65 | >=70 | >=75 | >=80 | >=85 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Probabilità | 12,2% | 13,4% | 15,3% | 17,7% | 20,3% |

Conseguenze delle cadute negli anziani

Nel 2004 come conseguenza di 1417 cadute in anziani si sono avute 154 *fratture di femore* (10.8%), di cui 104 sopra i 79 anni, e 65 fratture di omero (4.6%).

Il rischio di frattura di femore come conseguenza di caduta, che è 0.6% sotto i 64 anni, sale al 10.8 sopra i 64 anni, al 12.9 sopra i 74 anni ed al 14.2 sopra i 79 anni.

In 146 casi di frattura di femore è stato possibile seguire il destino del paziente; complessivamente, senza entrare nel dettaglio dei percorsi, che sono i più vari, si sono verificati :

130 ricoveri in reparti per acuti, 12 ricoveri in RSA, 14 in case protette, 8 accessi all'assistenza domiciliare integrata, 112 ritorni al domicilio.

I *deceduti* sono stati 30 (di cui 1 in PS, 14 in ospedale, 3 in RSA, 2 in casa protetta e 10 dopo il ritorno a domicilio) con una mortalità del 20.5%, leggermente inferiore alla mortalità del 25% segnalato al Congresso Nazionale della Società Italiana di Ortopedia del 2004.

Nel 2003 è stata fatta una analisi dei dati riguardanti anziani provenienti da strutture protette; su una popolazione totale di 968 ospiti si sono avuti 48 casi di accesso al PS per caduta (tasso 4.9%), che nel 27% dei casi ha comportato frattura di femore.

Il fenomeno delle cadute nell'anziano dovute ad incidente domestico appare quindi di rilevante impatto sanitario, sociale ed economico; infatti si stima che ogni caso di frattura di femore abbia un costo complessivo di €14.700 (Congresso Nazionale della Società Italiana di Ortopedia del 2004) di cui €13.300 di costi sanitari e €1400 di costi sociali; inoltre ogni caduta nell'anziano (al netto delle fratture di femore) può costare mediamente €2000 (studio finlandese).

Sulla base di queste ipotesi il costo totale delle cadute per incidente domestico in persone con più di 65 anni nel 2004 nel territorio dell'AUSL di Forlì è stimabile in più di €4.500.000.

Infortuni nell'infanzia

Nella fascia di età da 0 a 14 anni nel 2004 si sono verificati 944 incidenti domestici, con un aumento del 15% sul 2003.

Il 43% dei casi si è verificato nella fascia da 0 a 3 anni.

La dinamica più frequente è la caduta, che prevale sotto i 3 anni (49% dei casi di inc. domestico sotto i 3 anni; 39% sopra i 3 anni). L'urto è presente nel 30% dei casi, con prevalenza nella fascia sopra i 3 anni; le ustioni (39 casi) rappresentano mediamente il 4.1% dei casi e sono leggermente prevalenti sotto i 3 anni (56.3% di tutte le ustioni).

Gli avvelenamenti sono stati 42 nel 2003 (5.1% degli incidenti domestici) e 26 nel 2004 (2.7%); nel 2004 ben il 73% degli avvelenamenti si è verificato in bambini con meno di 3 anni.

Infine da ricordare 8 casi di soffocamento nel 2004 e (62.5% sopra i 3 anni).

Da ricordare che nel 2003 si è avuto un decesso in età infantile per soffocamento da cibo.

Nonostante l'entità complessiva quantitativamente inferiore anche il fenomeno degli incidenti domestici nell'infanzia appare importante e prioritariamente meritevole di attenzione e interventi di prevenzione.

La fonte informativa utilizzata:

* SINIACA

D) Gli infortuni domestici in provincia di Modena Sintesi dell'analisi su dati correnti

Il Servizio Epidemiologia del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Modena ha condotto un'analisi del fenomeno infortunistico in ambito domestico utilizzando alcuni flussi informativi correnti¹, in particolare: il Registro di Mortalità (ReM), i ricoveri ospedalieri (SDO), le chiamate alla centrale operativa di Modena Soccorso (118) e gli accessi al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena (PS).

L'analisi dei *decessi* per incidente domestico tra i residenti in provincia di Modena, effettuata per il periodo 1999-2003, indica un tasso di mortalità di 9,6 per 100.000 ab., pari a circa 60 decessi all'anno e all'1% del totale delle morti provinciali. Tali eventi si sono verificati principalmente tra le donne (63,3%), di età media più elevata rispetto agli uomini (85 vs. 75 anni) ($p < 0,001$). I decessi si sono verificati, nelle donne principalmente per frattura del femore, tra gli uomini per lesioni al cranio.

Le chiamate alla *C.O. di Modena Soccorso* nel 2003 per infortunio domestico sono state 4.029, mentre le persone infortunate 4.106 (6,3 soggetti per 1000 residenti in provincia di Modena); gli infortuni sono occorsi maggiormente alle donne (64,8%) con un'età media più elevata (72 anni) rispetto agli uomini (61 anni) ($p < 0,001$). La maggior parte degli eventi sono stati mediamente critici (il 57,2 % aveva il codice giallo al *triage*²). Gli eventi considerati gravi alla valutazione sanitaria finale si sono verificati maggiormente nei soggetti con più di 51 anni. Non sono stati evidenziati casi di compromissione delle funzioni vitali e di decessi al di sotto dei 21 anni. Sembra esserci un trend positivo nella gravità degli eventi all'aumentare dell'età. La maggior parte dei soggetti è stata condotta in ospedale (98%). Il tipo di rilevazione effettuato dal 118 non consente di avere informazioni sulle modalità di infortunio ma permette solo di distinguere fra traumi (94,1% delle chiamate) ed intossicazioni (5,9%); i primi sono avvenuti soprattutto sotto i 60 anni (74,2%), mentre le seconde soprattutto sopra i 61 anni (73,1%).

Gli infortuni domestici entrati al *Pronto Soccorso* del Policlinico di Modena nel 2003 sono stati in tutto 2.705 e si sono verificati maggiormente tra i maschi (49,4%). In generale gli ingressi in PS sono stati effettuati principalmente da soggetti giovani: età modale pari a 2 anni, età media 40 anni per le donne e 32 anni per gli uomini. Tale differenza può essere in parte spiegata con una non sempre accurata classificazione del caso, che può comprendere, quindi, sia infortuni del tempo libero, che lavorativi dichiarati al PS come domestici.

In generale gli infortuni sono stati per la maggior parte lievi (58,3% codici verde), i giovani sembrano infortunarsi meno gravemente rispetto alle persone più anziane. I soggetti si sono recati in PS nella maggior parte dei casi con mezzi propri (89,9%), a riprova della lieve gravità della maggioranza degli infortuni. La maggior parte delle lesioni note sono state: contusioni (37%), a seguire traumi cranici (14%), ferite da taglio o punta (13%) ecc. Le sedi più colpite: mano e polso (20%), cranio (18%), caviglia e piede (11%) e arto inferiore (8%). Riguardo alla prognosi, la metà dei casi aveva una prognosi pari a zero giorni, 5% tra 1 e 3

¹ Il documento integrale è accessibile all'indirizzo internet www.usl.mo.it/dsp/epi.html, al quale si rimanda per le definizioni di caso e le metodologie applicate per l'analisi.

² La valutazione sanitaria alla chiamata (*triage*) è effettuata dal personale della C.O. 118, sulla base delle informazioni ricevute telefonicamente, utilizzando una scala a 4 livelli: codice bianco (non critico), verde (poco critico), giallo (mediamente critico), rosso (molto critico).

giorni, 26% tra 4 e 10, l'8% tra 11 e 19 e l'11% superiore a 20 giorni. Il 7% dei soggetti è stata ricoverata in ospedale.

I ricoveri in provincia di Modena nel 2003 sono stati 1.535 (pari a 2,3 ricoveri per infortunio domestico ogni 1.000 residenti). L'età media è superiore nelle donne (68 vs. 47 anni), il 66% dei ricoveri è avvenuto in donne anziane. Il 91% dei ricoveri è avvenuto su proposta del pronto soccorso, il 7% su richiesta del medico di medicina generale. Le diagnosi più frequenti sono state le fratture, al primo posto quelle del collo del femore (22,3% dei casi), che hanno interessato soprattutto donne (79%), nella maggior parte dei casi anziane, seguite da quelle del radio e dell'ulna (7,4%), dalle fratture dell'omero (5,7%) e dalle fratture della colonna vertebrale senza lesione spinale (3,8).

La degenza media è stata di 8 giorni, quella mediana di 4. La degenza media dei maschi è stata di circa 6 giorni, quella delle femmine di circa 10 giorni con differenza statisticamente significativa.

La modalità di dimissione più frequente (81%) è stata quella ordinaria a domicilio; quella in strutture protette del 7%, quella protetta a domicilio, con contestuale attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata del 3%. I soggetti deceduti sono stati il 3%, senza differenze significative per sesso, il 95,8% dei casi aveva più di 60 anni e la differenza nella distribuzione per età è significativa. Il 50% dei deceduti aveva subito frattura del collo del femore.

L'analisi dell'incidentalità domestica in provincia di Modena effettuata mediante l'utilizzo dei dati correnti, sebbene incompleta, è sufficiente a tracciare una prima fotografia del fenomeno ma non è esaustiva rispetto alla necessità di monitorare l'andamento del fenomeno e di fornire indicazioni operative o priorità di intervento ai Servizi che operano nella prevenzione degli infortuni domestici.

Le fonti utilizzate sono apparse di facile reperibilità, ma mostrano alcune carenze in termini di completezza e uniformità delle informazioni raccolte da centri diversi. In particolare sono emerse diverse problematiche di cui occorre tenere presente in sede di valutazione:

–la definizione di “infortunio domestico” non è uniforme tra le diverse banche dati, in particolare il luogo dell'infortunio non è quasi mai definito precisamente. Nel caso della mortalità gli infortuni domestici sono definiti in negativo come esclusione di altri tipi di traumi;

–esiste forte eterogeneità tra la completezza e l'accuratezza con cui le informazioni sono raccolte nei diversi centri della provincia, soprattutto per quanto riguarda il pronto soccorso;

–per ovviare alle problematiche connesse alla scarsa qualità delle informazioni raccolte, è necessario ricorrere a compromessi in sede di analisi, come ad esempio una definizione di caso meno precisa.

Le carenze intrinseche delle fonti utilizzate non hanno permesso di quantificare gli infortuni più leggeri, che non richiedono un soccorso sanitario, né di indagare le modalità e a volte gli esiti con sufficiente dettaglio.

Le fonti informative utilizzate:

- * SDO
- * Archivi di mortalità
- * Banche dati dei Pronto Soccorso
- * Banca dati del 118

Descrizione delle esperienze di prevenzione attivate

Negli anni passati, in Emilia-Romagna sono stati svolti interventi di varia natura per la Prevenzione degli Incidenti domestici, di cui si dà brevemente conto.

1) Piani per la Salute

Programmi d'azione per la prevenzione degli incidenti domestici sono previsti all'interno dei Piani per la Salute delle AUSL di Parma, Modena, Bologna, Imola, Forlì.

Il Piano Per la Salute (PPS) è il piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria. E' una sorta di marchio registrato della Regione Emilia-Romagna per le strategie di promozione della salute.

Alla base di tale strategia sta la "programmazione negoziata", per perseguire una politica di salute che vada oltre, pur comprendendola in sé, una mera politica dei servizi.

Essa presuppone modalità di partecipazione che consentono la collaborazione non subordinata di tutti gli attori sociali e stimolano un coinvolgimento concreto di chi ha interesse e opportunità (cittadini competenti).

I cittadini competenti, nello svolgere il loro lavoro di mappatura e di selezione dei problemi, portano le proprie conoscenze e le proprie percezioni. Accanto a queste utilizzano una documentazione tecnica appropriata, il Profilo di Salute, che raccoglie le informazioni disponibili in una forma comprensibile e utile per operare le scelte.

Il Profilo di Salute è uno strumento per indagare distinte aree tematiche - quali, ad esempio, gli aspetti demografici, ambientali, socio-economici, gli stili di vita, le cause di malattia e di mortalità, nonché la percezione soggettiva di salute dei cittadini - che hanno importanti ripercussioni sullo stato di salute, sul benessere e sulla qualità di vita delle persone. I Profili di Salute sono stati prodotti in molte aree della regione dai Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende sanitarie.

I Piani per la Salute delle AUSL regionali hanno selezionato, tra numerosissime possibili priorità di salute, un numero limitato di queste, limitato per poter arrivare a piani concreti. Ciò ha portato a un quadro molto ricco (vedi tabella) che, tuttavia, riconosce anche elementi costanti attraverso tutta la Regione.

Gli argomenti selezionati sono di grande spessore, caratterizzati non solo dalla loro rilevanza, ma spesso anche dalla assenza di un interlocutore unico, di un'istituzione o di una organizzazione che possa farsi carico interamente del problema. Per affrontare adeguatamente questi temi è necessario uno sforzo convergente e integrato di soggetti diversi, sia sotto il profilo delle azioni possibili che sotto quello più specifico dell'offerta di servizi.

Tra i temi prioritari per i Piani Per la salute che ricorrono, compare il tema della sicurezza in casa, come è possibile osservare nella tabella seguente riportante tutti i Temi prioritari di tutti i Piani per la Salute.

Tabella: Temi prioritari per i Piani per la salute (febbraio 2003)

| CTSS/ AUSL | TEMI PRIORITARI |
|----------------------|--|
| Piacenza | <ul style="list-style-type: none"> • Vivibilità negli ambienti di vita collettivi • Il contesto relazionale dei giovani • Uso/abuso di sostanze legali |
| Parma | <ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza alimentare • Sicurezza sui luoghi di lavoro • Sicurezza stradale <p>Sono stati poi individuati altri temi a livello di singoli Distretti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sicurezza in casa (Fidenza) • Prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie cardiovascolari (Sud Est) • Inquinamento ambientale (aria ed acqua) – (Parma) • Giovani e stili di vita (Valli Taro e Ceno) |
| Reggio Emilia | <ul style="list-style-type: none"> • Affrontare e gestire il disagio psichico in una società solidale • Riappropriarsi di stili di vita quotidiana più salutare • Le giovani generazioni: la salute tra progetto sociale e libertà individuale • Riconoscere le differenze culturali per promuovere la salute e sviluppare la coesione sociale |
| Modena | <ul style="list-style-type: none"> • AIDS • Anziani • Incidenti stradali (sicurezza stradale e riduzione del danno) • Infortuni e sicurezza sul lavoro • Malattie cardio e cerebrovascolari • Malattie rare • Malattie respiratorie • Neoplasie • Salute donna • Salute infanzia ed età evolutiva • Stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, fumo) e cultura della donazione |
| Bo Sud | <ul style="list-style-type: none"> • Competenze a vivere le relazioni e la comunità con riferimento ad infanzia, età evolutiva e alle famiglie; • Ambiente per la promozione della salute (con particolare riferimento alla qualità dell'aria ed alla mobilità) • Cultura della salute, con particolare riferimento all'alimentazione |
| Imola | <ul style="list-style-type: none"> • Inquinamento ambientale • Incidenti • Tossicodipendenza |

| | |
|-----------------|--|
| Bo Nord | <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione del disagio giovanile • Promozione della sicurezza stradale |
| BO Città | <ul style="list-style-type: none"> • Coesione sociale • Ambiente e salute |
| Ferrara | <ul style="list-style-type: none"> • Diritto alla domiciliarità delle cure • Sostegno ai genitori nella cura dei figli • Prevenzione e assistenza dei tumori al polmone • Prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti |
| Ravenna | <ul style="list-style-type: none"> • Alimentazione sana • Infortuni e sicurezza del lavoro • Prevenzione incidenti stradali • Qualità dell'ambiente e prevenzione dei tumori • Salute anziani |
| Forlì | <ul style="list-style-type: none"> • Casa e salute • Prevenzione dell'inquinamento ambientale • Salute infanzia e adolescenza |
| Cesena | <ul style="list-style-type: none"> • Cultura della salute e stili di vita sani • Sicurezza stradale • Sostegno a chi deve sostenere |
| Rimini | <ul style="list-style-type: none"> • Dipendenze patologiche • Salute degli immigrati • Salute della popolazione anziana • Salute donna • Salute infanzia ed età evolutiva • Salute mentale • Neoplasie |

Come i temi di sicurezza in casa si siano sviluppati in piani di prevenzione significativi viene mostrato con la seguente brevissima rassegna di progetti in esecuzione, a titolo semplicemente esemplificativo:

* **PPS di Parma** – Piani per la Salute: “La sicurezza in casa: la prevenzione degli incidenti in ambiente domestico” che comprende tra gli altri i seguenti progetti:

- workshop di tirocinio formativo degli studenti del III anno del Corso di Laurea in Scienze dell'Architettura dell'Università di Parma
- Definizione, in collaborazione con i progettisti di ACER, dei requisiti di sicurezza strutturale ed impiantistica per alloggi destinati ad utenza sensibile (anziani);

* **PPS di Modena** – Piani per la Salute: “Programma di azioni sulla Salute Anziani per il Distretto di Modena” che comprende tra gli altri i seguenti progetti:

- attività informativa specifica per abbattimento barriere architettoniche e/o installazione di strumenti di supporto per anziani e persone disabili;

- prevenzione delle cadute ;
- promozione, sostegno, pubblicizzazione di attività psico-fisiche rivolte alla fascia di popolazione della terza età;
- favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio ambiente di vita degli anziani;
- analisi dell'incidentalità in ambiente domestico

* **PPS di Forlì** – Piani per la Salute: “Casa e Salute” che comprende tra gli altri i seguenti progetti:

- “Casa facile”, per la definizione di un modello di casa sicura e accessibile.
- definizione di indicatori del rapporto casa e salute, coordinato dall'OMS Europa, tra cui compare l'indicatore “Home Safety”
- “Percorso di progettazione partecipata di un complesso edilizio destinato ad anziani, disabili e giovani coppie (Quartiere Cava)”,

2) Indagini conoscitive e analisi dei dati

AUSL di Forlì

* E' stato elaborato un questionario per la raccolta di informazioni su alcune caratteristiche di salubrità e sicurezza delle abitazioni, che viene compilato dai T.P. durante i sopralluoghi per ricongiungimenti familiari o insalubrità. Sono disponibili i dati elaborati su di un centinaio di casi.

* In collaborazione col Dipartimento delle cure primarie è stato sperimentato un “Osservatorio Medici di Medicina Generale” per la raccolta, tramite questionario, di dati sui casi di incidente domestico che non afferiscono al Pronto Soccorso e quindi sfuggono al SINIACA. Il progetto, partito nel 2004 e sospeso per una ridefinizione del progetto di ricerca, verrà riproposto nel 2006 sotto forma di rilevazione campionaria con un questionario modificato per raccogliere informazioni più dettagliate sulle dinamiche delle cadute degli anziani.

3) Interventi informativi per mezzo di corsi, seminari, incontri

AUSL di Parma, anni scolastici 2003-2004 e 2004-2005

* 44 eventi dedicati agli alunni delle scuole elementari e medie che hanno raggiunto 770 bambini

* 4 eventi dedicati agli anziani (Università della 3° età di Fidenza) che hanno raggiunto 35 persone

AUSL Reggio Emilia

* Nel 2004 partecipazione di operatori del SIP e dell'UOIA a interviste televisive in TV locale (Tele Reggio) di durata di circa 15 min. ognuna, per un totale di 4 ore di trasmissioni in diretta, organizzate dalla Confconsumatori rivolte a tutta la popolazione (provinciale) sull'igiene (pulizia, disinfezione, detersivi...), sicurezza (impianti elettrici, impianti di riscaldamento classici, stufe e camini a legna, ascensori).

* Nel 2005 "lezione" dell'UOIA su impianti elettrici e riscaldamento (durata 3 ore) a Reggio Emilia presso l'Università della terza età (sempre organizzato dalla Confconsumatori). Che hanno raggiunto 40 persone

AUSL di Bologna anno 2005

* 7 eventi dedicati agli anziani che hanno raggiunto 162 persone

* 20 eventi dedicati alle gestanti e neo-mamme che hanno raggiunto 240 persone

* 4 eventi dedicati alle insegnanti scuole elementari e medie che hanno raggiunto 160 persone

* 120 eventi dedicati agli alunni delle scuole elementari e medie che hanno raggiunto 2.455 bambini

AUSL Imola

* iniziative di informazione/educazione sanitaria rivolte : a cittadini in generale e nuove mamme (corsi post- parto) riguardo ai rischi per i più piccoli I dati sono in corso di elaborazione

AUSL Rimini

* Istituzione dello "Sportello in formativo per la sicurezza di impianti termici ed elettrici" aperto 1 volta alla settimana con accesso fisico e telefonico per tutti i cittadini

4) Produzione e diffusione di materiale informativo e/o didattico a supporto delle iniziative di educazione alla salute

AUSL di Bologna

Sono stati prodotti e diffusi i seguenti materiali sull'argomento:

- * *Guida didattica per insegnanti scuole elementari*
- * *Quaderno per l'alunno scuole elementari*
- * *Guida didattica per insegnanti scuole medie*
- * *Quaderno per l'alunno scuole medie*
- * *La sicurezza è di casa?*
- * *I piccoli incidenti, le prime risposte*
- * *Il Soccorso oggi*
- * *Dall'incidente.... Al soccorso!!*
- * *Le cadute nella terza età. Prevenzione e soccorso*
- * *La casa della salute- Guida per abitare sicuro ed ecologico*

AULS di Reggio Emilia

* Nel Distretto Reggio Nord è in corso un progetto inserito nell'ambito della "tutela delle fasce deboli" che prevede, in collaborazione con i Comuni, la realizzazione di materiale divulgativo, anche in lingua per i cittadini extracomunitari, (in corso di valutazione da parte del Direttore del Dipartimento) al fine di agevolare il percorso dei cittadini per alloggi insalubri, ricongiungimenti familiari, sicurezza delle abitazioni.

AUSL di Modena

* Attualmente è in fase di realizzazione, in un programma di lavoro dipartimentale che vede coinvolti diversi servizi, una prima stesura di uno strumento conoscitivo (depliant, manifesto, comunicazione) che ha lo scopo di informare compiutamente la popolazione provinciale dell'importanza e del peso sanitario di questo fenomeno .

AUSL di Forlì

* Nel 2003 è stato prodotto un opuscolo informativo sulla sicurezza domestica, diffuso in occasione della manifestazioni fieristiche dedicate

5) Formazione per progettisti e/o progettazione partecipata

AUSL di Parma

* Partecipazione alla realizzazione di un workshop di tirocinio formativo degli studenti del III anno del Corso di Laurea in Scienze dell'Architettura dell'Università di Parma, per l'anno accademico 2002 – 2003, costituito da un'attività di progettazione incentrata sullo sviluppo di un tema progettuale a scala medio piccola; obiettivo era la progettazione di unità immobiliari con requisiti di sicurezza mirati ad utenze diverse, quali anziani, disabili motori e sensitivi, bambini. Al Workshop hanno partecipato 45 studenti (nell'ambito del PPS)

* Definizione, in collaborazione con i progettisti di ACER, dei requisiti di sicurezza strutturale ed impiantistica per alloggi destinati ad utenza sensibile (anziani). (Nell'ambito del PPS)

AUSL Forlì

Il DSP partecipa al piano "Casa e salute" inserito all'interno dei Piani per la salute e coordinato dal Comune di Forlì. All'interno di questo ha contribuito:

* al progetto "Casa facile", per la definizione di un modello di casa sicura e accessibile.

* al progetto di definizione di indicatori del rapporto casa e salute, coordinato dall'OMS Europa.

* al progetto "Percorso di progettazione partecipata di un complesso edilizio destinato ad anziani, disabili e giovani coppie (Quartiere Cava)", coordinato dal Comune di Forlì e ACER; il contributo del DSP è consistito, oltre che nella partecipazione alle riunioni con la popolazione interessata, nella produzione di una raccolta di indicazioni e norme di buona tecnica per la progettazione sicura.

6) Interventi con sopralluoghi nelle abitazioni

AUSL di Imola

* Attività di pesatura del rischio soprattutto di tipo impiantistico (gas, elettricità) nel corso degli accertamenti per le certificazioni di antigienicità degli alloggi ,con proposte di ordinanze sindacali e verifica successiva della effettuazione dei lavori . I dati sono in corso di elaborazione

SORVEGLIANZA

I Piani per la Salute hanno individuato progetti specifici che sono in via di esecuzione per la prevenzione degli incidenti domestici ed altri lavori sono nati in proposito al di fuori dei PPS, così come riportato alle pagine precedenti.

Questo Piano Regionale della Prevenzione, facendo tesoro delle esperienze in corso, indica gli obiettivi generali e specifici di sorveglianza che saranno attuati per tutto il territorio regionale o come campione della intera regione.

Gli obiettivi

La Regione Emilia Romagna intende realizzare un sistema informativo completo relativo agli incidenti domestici

E' possibile disegnare un sistema informativo basato su tre piani di lettura diversi per profondità di analisi e copertura geografica.

Un primo piano di lettura è rappresentato dallo Studio PASSI in Emilia-Romagna, in avanzata fase di attuazione, svolto nell'ambito del Gruppo Profeta del Cnesps, che quindi non fa parte degli obiettivi specifici del presente Piano della Prevenzione.

L'inchiesta PASSI, come già visto, è un sistema di sorveglianza che studia alcuni aspetti riguardanti la salute della popolazione italiana, alcuni comportamenti a rischio e l'efficacia delle azioni di prevenzione messe in atto per ridurre fattori di rischio comportamentali. L'inchiesta, svolta mediante interviste telefoniche, in Emilia-Romagna è stata allargata anche all'analisi dell'incidentalità domestica per determinare:

- la portata globale dell'incidentalità domestica in Emilia-Romagna;
- le quantità di incidenti che hanno comportato accesso a reparti e /o servizi del SSR;
- le quantità di incidenti domestici cosiddetti "sommersi", cioè quelli che non hanno esitato in conseguenze gravi e non hanno richiesto prestazioni sanitarie, la cui analisi è comunque importante per identificare i principali fattori di rischio;
- l'efficienza/efficacia delle azioni di prevenzione messe in atto dal SSR.

Un secondo piano di lettura è indirizzato solamente agli aspetti che riguardano le cure degli incidenti di una certa gravità ed è relativo alle banche dati appartenenti al SSR.

La raccolta dei dati relativi alla natura e gravità delle lesioni riportate negli incidenti domestici è importante per la misurazione oggettiva del fenomeno, dell'impegno diagnostico-terapeutico che comporta e dei suoi costi diretti e indiretti.

Per tali motivi si è identificato il seguente obiettivo specifico di Piano.

Obiettivo specifico A)

Predisporre uno "strumento operativo" capace di raccogliere e ordinare tutti i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti domestici sul territorio della Regione e di studiarne l'applicabilità su tutto il territorio regionale

Il terzo piano di lettura, il più approfondito, studia i determinanti degli incidenti domestici. Tutta la letteratura sottolinea come sia difficoltosa la raccolta delle informazioni relative al luogo ed alle modalità con cui si è svolto l'incidente e come il momento ed l'ambiente critici per la raccolta del dato siano il momento di presa in carico del paziente nel posto di Pronto Soccorso. Pertanto si ritiene di dovere ampliare il campione di popolazione su cui vengono raccolti i dati del SINIACA secondo il seguente obiettivo specifico di Piano.

Obiettivo specifico B)

Ampliare il sistema di rilevazione SINIACA nella Regione con la costituzione di un secondo punto di rilevazione

Definizione di evento da sorvegliare

Il WHO ha definito Incidente *"qualsiasi evento, indipendente dalla volontà dell'uomo, caratterizzato dall'improvviso scatenarsi di una forza esterna, che può manifestarsi come corpo dell'incidente"* e la stessa legge 3 dicembre 1999, n. 493 definisce l'Ambito domestico come *"Insieme di immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze, comprese le eventuali parti comuni condominiali"*.

L'autorevolezza delle fonti non consente lo staccarsi da tali definizioni.

Il tema piuttosto è se stabilire una soglia di gravità dell'incidente, ed eventualmente quale.

L'incidente accaduto può richiedere cure. Queste possono essere somministrate in casa dai famigliari, oppure possono essere necessarie cure mediche con accesso al MMG o PLS, o accesso al PS o 118, può essere prevista l'ospedalizzazione e, all'estremo della scala di gravità, si può verificare il decesso

In proposito si osserva che il Sistema Informativo Regionale delineato prevede Obiettivi specifici di Piano unicamente per la parte degli incidenti di gravità maggiore, affidando lo studio della quota sommersa, di cospicue dimensioni, allo Studio PASSI a cui si rimanda.

Si considera perciò **“Caso”** di Incidente Domestico per gli Obiettivi Specifici di Piano:

“qualsiasi evento, indipendente dalla volontà dell’uomo, caratterizzato dall’improvviso scatenarsi di una forza esterna, che può manifestarsi come corpo dell’incidente, occorso in immobili di civile abitazione e nelle relative pertinenze, comprese le eventuali parti comuni condominiali, che ha comportato un accesso al Pronto Soccorso o al 118 o ricovero ospedaliero”

Obiettivo specifico A

Predisporre uno “strumento operativo” capace di raccogliere e ordinare tutti i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti domestici sul territorio della Regione e di studiarne l’applicabilità su tutto il territorio regionale

Studi precedentemente condotti hanno evidenziato problemi complessi nella raccolta della sequenza dei dati sanitari relativi alle lesioni riportate, ed alle loro conseguenze, nel corso di incidenti.

Tale complessità ha radici profonde. Tutti i Pronto Soccorso e tutti i 118 della Regione sono informatizzati. Tuttavia i loro database nascono, anni fa, per la raccolta dati a fini gestionali ed amministrativi e sono strettamente intrecciati col sistema di gestione amministrativa delle loro AUSL. La utilizzazione dei loro file records per raccolta di dati sanitari è certamente più recente e limitata territorialmente a causa delle differenze esistenti sia nei database che nei software utilizzati nelle varie realtà.

Definizione del risultato da ottenere

Per tali motivi il presente piano si pone l’obiettivo di predisporre uno “strumento operativo” capace di raccogliere e ordinare tutti i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti stradali sul territorio della Regione e di studiarne l’applicabilità su tutto il territorio regionale

Piano operativo

L’obiettivo sarà raggiunto attraverso lo studio e la sperimentazione di un apposito “strumento operativo”.

Si prevede di affidare l’Obiettivo specifico ad un gruppo di lavoro (Team Regionale di Esperti), appositamente costituito dalla Regione, che svilupperà lo “strumento operativo” per tappe successive di cui si delineano grossolanamente i contenuti:

- Analisi dei dati di flusso corrente relativo alle Schede di Dimissioni Ospedaliere ed ai Registri di Mortalità per controllare la completezza e la qualità dei dati ed eventualmente richiedere interventi migliorativi. Si veda in tal proposito la mancata compilazione del campo corrispondente alle modalità di accadimento del trauma cranico sul 30 % delle schede esaminate per lo studio *Traumi cranici in Area Vasta Romagna Ricoveri ospedalieri e mortalità (1999-2003)* Settembre 2005 citato.

- Analisi dei campi dei database dai PS e 118 della Regione e studio di quali campi raccogliere
- Analisi dei diversi software utilizzati e studio del sistema con cui raccogliere le informazioni contenute nei campi individuati, senza appesantire il lavoro dei reparti.
- Studio delle modalità di linkage necessarie per allineare i dati appartenenti ad una stessa persona.
- Studio delle modalità con cui superare gli altri vincoli burocratico-amministrativi derivanti da norme di legge o dalla appartenenza dei dati a diverse amministrazioni.

Il piano operativo si svilupperà secondo i seguenti stadi:

1. elaborazione del piano
2. sviluppo di accordi eventualmente necessari
3. elaborazione dei programmi (raccolta di categorie diverse di informazioni)
4. attuazione del piano (messa a punto raccolta di categorie diverse di informazioni in sequenze e modalità volute)
5. valutazione e diffusione dei risultati

Servizi coinvolti

U.O. Epidemiologia, U.O. Sanità Pubblica, Direzioni Sanitarie AUSL e Ospedali, Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna; Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna

Ambito territoriale di conduzione della sorveglianza

Lo strumento verrà studiato per la sua applicabilità su tutto il territorio regionale

Definizione delle fonti e dei flussi informativi

Il lavoro verrà svolto per mettere in linea tutti i dati provenienti dalle seguenti fonti:

Registri di Mortalità, Schede di Dimissioni Ospedaliere, Database dei Pronto Soccorso e dei 118 della Regione

Definizione dell'assetto organizzativo ("chi fa cosa")

L'intero studio verrà realizzato dal Team Regionale di Esperti

Definizione di un piano di formazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza

L'intero studio verrà realizzato dal Team Regionale di Esperti i cui componenti verranno individuati tra i massimi regionali della materia e dei materiali. All'interno del Team verranno eseguiti momenti formativi specifici all'obiettivo

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|---|--|
| 1 | costituzione del Team Regionale di Esperti | Atto di affidamento al Team Regionale di Esperti |
| 2 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 3 | Verifica dello stato di fatto | Documento di analisi |
| 3 | Progettazione programmi (raccolta di categorie di informazioni) | Incontri periodici del Team |
| 4 | Avvio delle fasi attuative dei programmi | |
| 4 | Verifica avanzamento periodico esecuzione programmi | Documento di verifica periodica |
| 5 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|--|--|-----------------------|
| 1 | Stesura del Piano | Definizione del Piano | 2006 |
| 2 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 3 | Stesura Programmi (raccolta di categorie di informazioni) | Definizione Programmi | 2006 |
| 4 | Esecuzione Programmi (raccolta di categorie di informazioni) | Definizione dello "strumento di raccolta" per ogni categoria | 2007 |
| 4 | Esecuzione Piano (messa a punto raccolta di categorie diverse di informazioni in sequenze e modalità volute) | Definizione dello "strumento operativo" | 2007 |
| 5 | Stesura del Report finale | Report | 2008 |

Obiettivo specifico B

Ampliare il sistema di rilevazione SINIACA nella Regione con la costituzione di un secondo punto di rilevazione

In Regione Emilia-Romagna il SINIACA è presente nella AUSL di Forlì, territorio in cui vengono raccolte, con modalità estremamente analitiche, le informazioni sulle lesioni e sulle modalità di accadimento degli incidenti domestici. Si prevede, in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, di affiancare al punto di osservazione esistente almeno un altro punto, per rappresentare meglio la realtà regionale.

Definizione dell'evento da sorvegliare

Attivazione di un secondo punto di rilevazione del sistema SINIACA

Piano operativo

L'obiettivo sarà raggiunto attraverso la stesura degli accordi per l'individuazione del nuovo punto di rilevazione del SINIACA, la formazione del personale e la predisposizione degli strumenti informatici che si riveleranno necessari.

Si prevede di affidare il coordinamento tecnico dell'Obiettivo specifico ad un gruppo di lavoro composto da personale del Servizio Sanità Pubblica della Regione, del Servizio Presidi Ospedalieri della Regione, dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Azienda/e AUSL e/o Ospedaliera/e interessate.

A carico di tale Coordinamento Tecnico sarà la predisposizione e l'attuazione del progetto e la discussione degli accordi necessari.

In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti stadi di piano operativo:

1. elaborazione del programma
2. sviluppo degli accordi necessari
3. formazione del personale
4. attuazione del programma
5. verifica risultati

Servizi coinvolti

U.O. Epidemiologia, Dipartimenti di Sanità Pubblica, Servizio di Sanità Pubblica della Regione Emilia Romagna, Servizio Presidi Ospedalieri della Regione Emilia Romagna, Azienda/e AUSL e/o Ospedaliera/e interessate

Altri soggetti coinvolti

Istituto Superiore di Sanità

Ambito territoriale di conduzione della sorveglianza

L'osservazione verrà effettuata su di in un campione rappresentativo della realtà Regionale appositamente individuato dal Servizio Sanità Pubblica della Regione congiuntamente al Servizio Presidi Ospedalieri, Istituto Superiore di Sanità e Azienda/e AUSL e/o Ospedaliera/e interessate

Definizione delle fonti e dei flussi informativi

SINIACA

Definizione dell'assetto organizzativo ("chi fa cosa")

La Regione Emilia-Romagna:

- affida il coordinamento tecnico di Obiettivo specifico ad un gruppo di lavoro formato da personale del Servizio Sanità Pubblica della Regione, del Servizio Presidi Ospedalieri della Regione, dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Azienda/e AUSL e/o Ospedaliera/e interessate;

- stringe gli accordi necessari;

Il Coordinamento Tecnico:

- individua il/ nuovo/i punto/i di rilevazione del SINIACA;

- predispone gli accordi ed atti necessari;

- coadiuva la/e Azienda/e AUSL e/o Ospedaliera/e interessate nella risoluzione dei problemi operativi

- predispone la formazione del personale

La/e Azienda/e AUSL e/o Ospedaliera/e interessate

- concordano con l'Istituto Superiore di Sanità le modalità operative;

- formano il personale

- attivano la rilevazione

Definizione di un piano di formazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza

Il personale coinvolto parteciperà a specifici corsi di formazione secondo modalità concordate con l'Istituto Superiore di Sanità.

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|--|--|
| 1 | costituzione del gruppo di coordinamento tecnico | Atto di affidamento del coordinamento tecnico ad un gruppo |
| 2 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 3 | Progettazione piano formativo | Progetto Piano formativo |
| 4 | Avvio delle fasi attuative | |
| 4 | Verifica avanzamento periodico | Documento di verifica periodica |
| 5 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Stesura del Programma | Definizione del Programma | 2006 |
| 2 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 3 | Esecuzione della formazione del personale | n. corsi eseguiti/n. corsi previsti | 2007 |
| 4 | Esecuzione del programma | Attivazione della rilevazione | 2007 |
| 5 | Stesura del Report finale | Report | 2007 |

PREVENZIONE

Gli studi svolti negli anni sia in ambito internazionale che nazionale mostrano come il fenomeno degli incidenti domestici sia caratterizzato da una estrema variabilità della natura degli eventi in ragione dei determinanti che interagiscono per provocare l'incidente stesso. Tra questi si rammentano l'*età*, per caratteristiche fisiche, psicologiche e di comportamento, il *genere*, per le occupazioni tradizionali a cui sono dediti maschie e femmine, il *luogo* fisico, per caratteristiche o deficienze del sistema edilizio sia dal punto di vista funzionale che impiantistico o per caratteristiche e deficienze dell'arredamento, gli *oggetti* come giocattoli e utensili per le loro caratteristiche, i *prodotti* chimici, come medicinali e prodotti per la pulizia della casa, per la loro stessa natura, etc.

I Piani per la Salute hanno individuato progetti specifici che sono in via di esecuzione per la prevenzione degli incidenti domestici ed altri lavori sono nati nei Dipartimenti di Sanità Pubblica per la prevenzione di questi incidenti anche al di fuori dei PPS, così come riportato al capitolo "Descrizione delle esperienze di prevenzione attivate".

Questo Piano Regionale della Prevenzione, facendo tesoro delle esperienze in corso, indica gli obiettivi generali e specifici di prevenzione che saranno attuati per tutto il territorio regionale o come studio per una loro applicazione alla intera Regione.

Gli obiettivi

Le popolazioni verso cui orientare gli interventi di prevenzione

Già nel piano sanitario Nazionale 1998-2000 si fa riferimento alla necessità di diminuire l'incidenza degli incidenti domestici *nelle categorie più a rischio, specificamente i bambini e gli anziani*, ma altre considerazioni si aggiungono a rinforzare l'indicazione di questi due gruppi di rischio come obiettivi prioritari di interventi di prevenzione.

Sono fasce più esposte di popolazione a causa della loro stessa età anagrafica e devono essere maggiormente tutelate rispetto la popolazione generale..

Sono gruppi di rischio in cui gli interventi di prevenzione si sono dimostrati efficaci. Infatti, vi è ancora incertezza relativamente alla capacità di incidere sul fenomeno dell'incidentalità domestica delle fasce di età intermedie, ma sono ormai chiare le azioni di prevenzione efficaci per la prevenzione degli incidenti domestici in bambini ed anziani; si veda in tal proposito il recente saggio "How can injuries in children and older people be prevented ? " WHO October 2004.

Si è scelto, quindi, di sviluppare azioni di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini e negli anziani.

All'interno di questi gruppi di rischio, particolare attenzione dovrà essere posta alle persone con sofferenza socioeconomica che sono le più colpite anche per quanto riguarda gli incidenti domestici, secondo i dati di letteratura

Il Gruppo di lavoro regionale

La complessità del fenomeno ha portato alla conclusione che “non è possibile fare prevenzione degli incidenti senza conoscere le cause esterne degli eventi” (F.Taggi Rapporti ISTISAN 01/11) e l'Obiettivo specifico di Sorveglianza B) si occupa perciò del tema.

Ma è anche impossibile fare prevenzione senza coordinare le azioni dei molti soggetti che concorrono a determinare condizioni fisiche, psicologiche e comportamentali delle persone, le caratteristiche fisiche dei luoghi, le caratteristiche di arredi e oggetti ed il packaging dei prodotti per la casa.

Per questo motivo, presso la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna è stato formalmente costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare, interprofessionale, intersettoriale, per l'elaborazione del piano regionale della prevenzione degli incidenti domestici, il monitoraggio del suo sviluppo e la predisposizione degli strumenti per il controllo e la valutazione dei risultati raggiunti.

Al gruppo di lavoro verrà affidato lo sviluppo degli obiettivi specifici di seguito elencati anche tramite il coordinamento di gruppi di lavoro esperti ad hoc in relazione all'obiettivo specifico affrontato.

Gli obiettivi specifici

Riprendendo le considerazioni sulle “popolazioni verso cui orientare gli interventi di prevenzione”, si è detto come tutta la letteratura scientifica in materia abbia individuato tra i principali gruppi di rischio i “bambini” e gli “anziani”, e come le azioni di prevenzione abbiano mostrato effetti significativi solo in questi due gruppi di rischio.

Pertanto, sulla base delle evidenze riportate in letteratura, sono state identificate quattro direttrici fondamentali per i progetti di prevenzione regionali, che riguardano gli interventi singoli o combinati che hanno dato prova di efficacia su bambini e/o anziani in gran parte degli studi pubblicati:

- **Riduzione del rischio di caduta nell’anziano fragile al domicilio - Intervento di promozione dell’attività fisica nella popolazione anziana, basato sulla mobilitazione e ginnastica dedicata**
- **Rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l’effettuazione di visite domiciliari, associate a interventi informativo/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo**
- **Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani**
- **Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari 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**

Il raggiungimento degli obiettivi specifici sarà sottoposto a verifica. Tra gli strumenti di verifica sarà compreso lo studio PASSI che in Emilia-Romagna, come visto, coprirà anche questo campo di osservazione.

Obiettivo specifico A

Riduzione del rischio di caduta nell'anziano fragile al domicilio - Intervento di promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana, basato sulla mobilitazione e ginnastica dedicata;

Razionale Generale e specifico

Ogni anno cade un ultrasessantacinquenne ogni tre con punte che toccano e superano il 40% oltre i 75 anni ed il 10-15% di tali cadute produce sequele significative in termini di danno fisico. In una percentuale che varia dallo 0,2 all'1% si determina una frattura di femore che risulta pertanto conseguenza di caduta in oltre il 90% dell'intera casistica. Le cadute costituiscono una sorta di evento potenzialmente catastrofico sia per l'anziano che vi incorre sia per i piani di assistenza sanitaria e sociale della collettività dato che esse costituiscono l'innescò di un processo che spesso conduce a disabilità irreversibili anche di grado elevato come la perdita dell'autonomia motoria. La caduta e il danno che ne consegue ed in particolare se si determina una frattura di anca, attraverso un processo di complicazioni a cascata assai frequente negli anziani fragili, conduce al decesso.

La ricerca medica ha già prodotto evidenze circa il fatto che sia possibile ridurre il rischio di cadute dell'anziano a domicilio. I risultati degli innumerevoli studi fin qui condotti nello scenario internazionale dimostrano, con rassicurante concordanza, che l'azione di miglioramento sulla forza muscolare e sui sistemi che governano la postura e l'equilibrio così come la correzione dei fattori di rischio cosiddetti estrinseci – vale a dire propri all'ambiente e non all'individuo - sono in grado di ridurre fino al 50% il rischio relativo di caduta in un gruppo di anziani a rischio. Le autorità sanitarie di alcuni paesi – come quelle del Regno Unito o della Nuova Zelanda - hanno già promosso iniziative su scala allargata utili a perseguire questo fine. Le due più importanti società scientifiche che si occupano di questa disciplina, vale a dire la American Geriatric Society e la British Geriatric Society, hanno prolungato congiuntamente un documento con le linee guida operative. Anche il National Institute of Clinical Excellence nel 2004 ha emanato un proprio documento che recepisce e conferma le indicazioni prevalenti emergenti dalla letteratura scientifica che si è occupata del tema.

L'analisi dei dati di efficacia disponibili suggerisce di promuovere un'azione incentrata su una popolazione di anziani al domicilio scelti fra quelli a rischio più elevato intervenendo su due ordini di fattori.

Uno primario intrinseco al soggetto costituito dal binomio equilibrio e forza muscolare, ed uno secondario rappresentato dai fattori ambientali di rischio aggiuntivo.

Più in dettaglio si tratta di istruire le persone individuate a massimizzare, attraverso l'esecuzione di esercizi ad hoc che vengono insegnati al soggetto che poi li continua autonomamente, le abilità residue quanto a riflessi posturali dinamici con particolare attenzione ai passaggi di posizione. L'intervento ha l'ambizione di non limitarsi alla trasmissione della tecnica per l'ottimizzazione posturale, ma persegue anche lo scopo più ambizioso di modificare gli stili di vita proponendo comportamenti che, su base allargata, rappresentano un'azione potenzialmente assai incisiva per la prevenzione su larga scala di uno dei maggiori rischi connessi all'invecchiamento.

Sul secondo ordine di fattori è previsto di agire attraverso un'analisi dei rischi rimuovibili presenti nell'ambito domestico. Ciò si ottiene attraverso un unico sopralluogo di persona appositamente trainizzata, la stessa che si occuperà dell'addestramento dei soggetti (sono previsti non più di 2-3 accessi) e che in seguito controlleranno telefonicamente la compliance del soggetto.

Definizione dei risultati da ottenere

Lo scopo principale dello studio non è tanto quello di verificare l'efficacia dell'intervento, un dato questo che si deve presumere acquisito grazie ai risultati già resi disponibili dalla ricerca, bensì di :

- mettere a punto un modello operativo plausibile
- valutare l'estensibilità alla totalità del territorio regionale
- analizzare la compatibilità dei costi implicati

I benefici inducibili

I benefici inducibili per il gruppo di anziani oggetto dell'intervento sono .

- A) riduzione del tasso di prevalenza delle cadute fra la popolazione target e conseguentemente delle fratture di femore
- B) recupero di una quota di motricità possibile ma non utilizzata quindi abbattendo una disabilità in eccesso
- C) attivazione di leve virtuose per la modifica degli stili di vita a favore di una maggiore attività motoria

Il valore dell'iniziativa è pertanto duplice. Affronta e si propone di mitigare un fenomeno di enorme impatto epidemiologico quale quello delle cadute dell'anziano generatrici delle note catastrofiche conseguenze. Razionalizza le azioni in merito nella regione Emilia-Romagna.

Piano Operativo - Disegno dello studio

Lo studio dovrà essere predisposto da un particolare gruppo di lavoro di obiettivo specifico, appositamente costituito, interprofessionale ed interdisciplinare capace raccogliere e coordinare le conoscenze e competenze specifiche necessarie al raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Lo studio si articolerà attraverso cinque fasi che dovrebbero coinvolgere almeno sei distretti della regione Emilia-Romagna scelti con l'intento di rappresentare, per quanto possibile, l'intera gamma delle eterogeneità geografiche, strutturali e di presidi socio-sanitari presenti. Attori locali coordinati da un gruppo tecnico regionale saranno i Servizi di Assistenza Anziani di cui alla LR 5/94 e i Dipartimenti per le Cure Primarie, ma anche i Comuni nella loro duplice veste di Enti normatori ed Enti erogatori di servizi, e i Centri provinciali specializzati nelle soluzioni per l'adattamento dell'ambiente domestico delle persone anziane e con disabilità.

La prima consiste nella definizione e individuazione della popolazione target che, in quanto a rischio più elevato, è nella condizione di poter trarre il maggior beneficio dall'intervento. I parametri identificatori verranno ricercati all'interno della seguente lista: età molto avanzata, solitudine, caduta recente, stato di salute self rated scarso, uso di psicofarmaci, scarso rendimento ai test di equilibrio (punteggio parziale o complessivo), scarso rendimento ai test di forza (punteggio parziale o complessivo) disturbi cognitivi, disturbi visivi, precedenti clinici di stroke, ridotto indice di massa corporea, dipendenza nelle ADL. La calibratura esatta della griglia definitoria andrà realizzata al momento della stesura del progetto esecutivo dato che le opzioni incidono sull'ampiezza del campione e che tanto più esso è mirato, tanto più efficace risulterà l'intervento.

La seconda fase prevede l'addestramento di terapisti della riabilitazione – o figura equipollente - il cui compito sarà quello di eseguire un intervento al domicilio mirato ad individuare ed eliminare i fattori di rischio ambientale, valutare la compliance, istruire il soggetto ad eseguire – inizialmente guidato poi da solo ed autonomamente – gli esercizi utili. Gli esercizi sono quelli previsti dal protocollo internazionale Otago, ampiamente collaudato e condiviso. Sono prevedibili non più di 2-3 accessi domiciliari.

Nella fase successiva e per un periodo non inferiore ai sei mesi i soggetti reclutati verranno periodicamente controllati attraverso una verifica telefonica al fine di migliorare l'aderenza al programma.

Con la quarta fase si analizzeranno i risultati ottenuti in termine di riduzione dell'evento caduta cercando di correlare il dato, integrato con quello relativo alle fratture ossee, con dati epidemiologici coerenti preesistenti.

La quinta ed ultima fase sarà quella della valutazione dei costi necessari insieme alle difficoltà di implementazione riscontrate. L'analisi così condotta dovrebbe consentire di capire se il modello sperimentato ha caratteristiche tali da poter essere esportato alla generalità delle realtà locali. In caso di riscontro positivo, esso potrà essere adottato dalle ASL.

In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti stadi di piano operativo:

- 1) elaborazione del programma
- 2) sviluppo degli accordi necessari
- 3) formazione del personale
- 4) attuazione del programma
- 5) valutazione dei risultati e verifica di fattibilità

Servizi coinvolti

Dipartimenti di Sanità Pubblica; Dipartimenti delle Cure Primarie, Rete Regionale Servizi di Epidemiologia e Comunicazione, Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Regione Emilia-Romagna, Servizio Pianificazione e sviluppo dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari

Altri soggetti coinvolti

Servizi Assistenza Anziani, Comuni, Centri provinciali specializzati nelle soluzioni per l'adattamento dell'ambiente domestico delle persone anziane e con disabilità, Terzo Settore

Ambito territoriale

Campione rappresentativo della realtà regionale.

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|--|--|
| 1 | costituzione del gruppo di coordinamento tecnico | Atto di affidamento del coordinamento tecnico ad un gruppo |
| 2 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 3 | Verifica dello stato di fatto | Documento di analisi |
| 3 | Progettazione piano formativo | Progetto Piano formativo |
| 4 | Avvio delle fasi attuative | |
| 4 | Verifica avanzamento periodico | Documento di verifica periodica |
| 5 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Stesura del Programma | Definizione del Programma | 2006 |
| 2 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 3 | Esecuzione della formazione del personale | n. corsi eseguiti/n. corsi previsti | 2007 |
| 4 | Esecuzione del programma | numero degli interventi eseguiti | 2007-2008 |
| 5 | Stesura del Report finale | Report | 2008 |

Obiettivo specifico B

Rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associate a interventi informativo/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo.

La maggior parte degli incidenti domestici sono attribuibili ad una concorrenza di fattori individuali-comportamentali, come la curiosità che muove i bambini o le performances in declino che limitano gli anziani, e di fattori ambientali propri dell'edificio, come i colori di una scala o la illuminazione di un ambiente o la presenza/assenza di una "tecnologia di sicurezza" in un impianto. Il comportamento può certamente aumentare il rischio di un incidente domestico. Tuttavia la forma e le caratteristiche dell'edificio, costruito spessissimo in base alle esigenze dei soli giovani adulti, influiscono sia sulla probabilità che accada un incidente che sulla gravità delle sue conseguenze. Gli studi relativi a quest'ultimo aspetto sono recenti ed hanno già bene individuato quali siano le forme dell'edificio o le caratteristiche degli impianti maggiormente coinvolte in incidenti.

Pertanto i fattori ambientali relativi all'edificio ed ai suoi impianti sono oggetto di azioni specifiche del presente Piano, che sono distinte per gruppo di rischio perché diversi sono sia i contenuti che, naturalmente, le forme degli interventi.

Parte A) Bambini

Sarà incentivata la pratica della visita domiciliare presso le abitazioni dei nuovi nati allo scopo, anche, di rinforzare le azioni di formazione/educazione dei genitori nei confronti dei rischi per il bambino presenti nella casa di cui si dice al successivo Obiettivo specifico C) Parte A.

Risultato da ottenere

Predisposizione, attuazione e verifica di un programma di visite domiciliari ai nuovi nati per rilevare aspetti strutturali ed impiantistici delle abitazioni correlati al rischio di incidente domestico nel bambino, fornitura di dispositivi per la sicurezza a basso prezzo, ed effettuazione di interventi di informazione/educazione alla salute

Piano operativo

L'obiettivo sarà raggiunto attraverso la predisposizione, la verifica ed infine l'attuazione di un programma per l'esecuzione di visite domiciliari di l'informazione/educazione alla sicurezza

domestica. La popolazione a cui è destinata l'azione specifica di educazione sanitaria è quella dei nuovi nati ed i loro genitori.

Si prevede di affidare il coordinamento tecnico dell'Obiettivo specifico ai Servizi di Epidemiologia e Comunicazione dei Dipartimenti di Sanità Pubblica regionali.

A carico di tale Coordinamento Tecnico sarà la predisposizione del progetto e la sua verifica e l'attuazione, e lo studio dei "pacchetti di contenuti" e dei programmi di formazione dei formatori.

I sopralluoghi saranno eseguiti da figure di riferimento significative, quali per esempio: Pediatra di Libera Scelta o personale del Dipartimento di Sanità Pubblica o personale sanitario con visione di Sanità Pubblica appartenente ai Nuclei delle Cure Primarie.

Una parte del programma verrà eseguito da personale AUSL ed una parte da personale autonomo o dipendente da altre amministrazioni, previ accordi nelle sedi opportune.

In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti stadi di piano operativo:

- 1) elaborazione del programma
- 2) elaborazione dei contenuti da comunicare e metodi di comunicazione: "Pacchetti informativi";
- 3) sviluppo degli accordi necessari per i formatori non dipendenti AUSL;
- 4) formazione del personale
- 5) attuazione del programma
- 6) valutazione dei risultati e verifica di fattibilità

Servizi coinvolti

Dipartimenti di Sanità Pubblica; Dipartimenti delle Cure Primarie, Rete Regionale Servizi di Epidemiologia e Comunicazione Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Regione Emilia-Romagna,

Altri soggetti coinvolti

PLS, Comuni,

Ambito territoriale

Sperimentazione su di un campione regionale rappresentativo per una successiva diffusione a tutto il territorio regionale

Definizione dell'assetto organizzativo (“chi fa cosa”)

La Regione Emilia-Romagna:

- nomina il gruppo di Coordinamento Tecnico
- sviluppa gli accordi necessari per il reclutamento e la formazione dei formatori: PLS, Pediatri di Comunità, Personale del Dipartimento di Sanità Pubblica, Personale del Dipartimento delle Cure Primarie

Il Coordinamento Tecnico:

- stende il programma comprensivo anche dei temi e luoghi della sperimentazione
- individua i pacchetti informativi ed educativi da proporre nel corso delle visite
- individua le modalità con cui le AUSL dovranno formare i formatori;
- analizza i risultati ottenuti dalla campagna
- riceve i dati rilevati dalle AUSL e li elabora
- diffonde i dati

Le AUSL:

- organizzano ed eseguono la formazione dei formatori;
- eseguono gli interventi

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|--|--|
| 1 | costituzione del gruppo di coordinamento tecnico | Atto di affidamento del coordinamento tecnico ad un gruppo |
| 2 | Progettazione “pacchetti informativi” | Progetto “pacchetti informativi” |
| 3 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 4 | Progettazione piano formativo | Progetto Piano formativo |
| 5 | Avvio delle fasi attuative | |
| 5 | Verifica avanzamento periodico | Documento di verifica periodica |
| 6 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Stesura del Programma | Definizione del Programma | 2006 |
| 2 | Stesura "Pacchetti informativi" | Raccolta bibliografia | 2006 |
| 3 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 4 | Esecuzione della formazione del personale | n. corsi eseguiti/n. corsi previsti | 2007 |
| 5 | Esecuzione del progetto | numero degli interventi eseguiti | 2007-2008 |
| 6 | Stesura del Report finale | Report | 2008 |

Parte B) Anziani

In Regione Emilia-Romagna è già esistente e funzionante una rete di servizi a disposizione delle persone anziane per adattare l'ambiente domestico in base ai singoli bisogni specifici e che, per favorire l'autonomia personale, affrontano anche il tema della idoneità della casa.

Sulla base dei principi e degli obiettivi della L.R. 21 agosto 1997, n. 29 "Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili" e della L.R. 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", con la Delibera di Giunta Regionale n. 2248/2003, la Regione ha infatti attivato in collaborazione con i Comuni capoluogo di Provincia un servizio di informazione e consulenza ai cittadini, attraverso una rete di Centri provinciali specializzati nelle soluzioni per l'adattamento dell'ambiente domestico delle persone anziane e con disabilità.

I Centri forniscono un aiuto per riorganizzare gli spazi interni, rimuovere o superare gli ostacoli ambientali e le barriere architettoniche, studiare accorgimenti e soluzioni per facilitare le attività di ogni giorno nella propria casa, promuovendone quindi il pieno e sicuro utilizzo.

Sono servizi rivolti innanzitutto ai cittadini e alle loro famiglie, persone anziane e disabili e a tutti coloro che hanno delle limitazioni nello svolgere le attività della vita quotidiana, ma anche agli operatori dei servizi sociali e sanitari, ai tecnici progettisti del settore pubblico e privato.

Tali Centri svolgono la loro attività su richiesta del cittadino.

L'azione di prevenzione degli incidenti domestici nell'anziano dei Dipartimenti di Sanità Pubblica si inserirà nel sistema esistente con la finalità di moltiplicarne le potenzialità operative (con la ricerca attiva dei casi) ed integrare gli interventi educativi/formativi.

Risultato da ottenere

Predisposizione, attuazione e verifica di un programma di visite domiciliari a popolazioni target per rilevare aspetti strutturali ed impiantistici delle abitazioni correlati al rischio di incidente domestico, fornitura di dispositivi per la sicurezza a basso prezzo, ed effettuazione di interventi di informazione/educazione alla salute

Piano operativo

L'obiettivo sarà raggiunto attraverso la predisposizione, la verifica ed infine l'attuazione di un programma per l'esecuzione di visite domiciliari di informazione/educazione alla sicurezza

domestica. La popolazione a cui è destinata l'azione specifica di educazione sanitaria è quella degli anziani.

Si prevede di affidare il coordinamento tecnico dell'Obiettivo specifico ad un particolare gruppo di lavoro, appositamente costituito, capace raccogliere e coordinare le conoscenze e competenze necessarie al raggiungimento dell'obiettivo.

A carico di tale Coordinamento Tecnico sarà la predisposizione del progetto e la sua verifica e l'attuazione, e lo studio dei "pacchetti di contenuti" e dei programmi di formazione dei formatori.

I sopralluoghi saranno eseguiti da figure di riferimento significative, quali per esempio: personale del Dipartimento di Sanità Pubblica o personale sanitario con visione di Sanità Pubblica appartenente ai Nuclei delle Cure Primarie o di altro personale tecnico appositamente formato.

Il piano prevederà una fase di messa a punto organizzativa e la sua sperimentazione in un ambito territoriale significativo e successivamente l'allargamento dell'intervento a tutto il territorio regionale.

La popolazione target sarà identificata utilizzando parametri inclusi tra i seguenti: età molto avanzata, solitudine, caduta recente, dimissioni ospedaliere, stato di salute self rated scarso, uso di psicofarmaci, scarso rendimento ai test di equilibrio (punteggio parziale o complessivo), scarso rendimento ai test di forza (punteggio parziale o complessivo) disturbi cognitivi, disturbi visivi, precedenti clinici di stroke, ridotto indice di massa corporea, dipendenza nelle ADL, deprivazione socio-economica

Nel corso dei sopralluoghi verranno suggeriti/forniti dispositivi per l'eliminazione di situazioni di pericolo esistenti nella abitazione e verranno eseguiti interventi di verifica impianti e interventi informativo/educativi sulla sicurezza in casa secondo "Pacchetti di contenuti" di cui si dice al successivo Obiettivo specifico D).

Il personale che effettuerà le visite sarà appositamente formato dai *Centri* di informazione e consulenza sull'adattamento dell'ambiente domestico sopra detti.

In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti stadi di piano operativo:

- 1) elaborazione del programma
- 2) elaborazione dei contenuti da comunicare e metodi di comunicazione: "Pacchetti informativi";
- 3) sviluppo degli accordi necessari per i formatori non dipendenti AUSL;

- 4) formazione del personale
- 5) attuazione del programma
- 6) valutazione dei risultati e verifica di fattibilità

SERVIZI coinvolti

Dipartimenti di Sanità Pubblica; Dipartimenti delle Cure Primarie, Rete Regionale Servizi di Epidemiologia e Comunicazione, Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Regione Emilia-Romagna, Servizio Pianificazione e sviluppo dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari

Altri soggetti coinvolti

Servizi Assistenza Anziani, Comuni, Centri provinciali di primo livello per l'adattamento dell'ambiente domestico delle persone anziane e con disabilità, Centro Regionale INformAZIONE.

Ambito territoriale

Sperimentazione su di un campione regionale rappresentativo per una successiva diffusione a tutto il territorio regionale

Definizione dell'assetto organizzativo (“chi fa cosa”)

La Regione Emilia-Romagna:

- nomina il gruppo di Coordinamento Tecnico
- sviluppa gli accordi necessari per il reclutamento e la formazione dei formatori: Personale del Dipartimento di Sanità Pubblica, Personale del Dipartimento delle Cure Primarie, altro personale tecnico appositamente individuato;

Il Coordinamento Tecnico:

- stende il programma comprensivo anche dei tempi e luoghi della sperimentazione
- individua i pacchetti informativi ed educativi da proporre nel corso delle visite
- individua le modalità con cui le AUSL dovranno formare i formatori;
- analizza i risultati ottenuti dalla campagna
- riceve i dati rilevati dalle AUSL e li elabora
- diffonde i dati

Le AUSL:

- organizzano ed eseguono la formazione dei formatori;

- eseguono gli interventi

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|--|--|
| 1 | costituzione del gruppo di coordinamento tecnico | Atto di affidamento del coordinamento tecnico ad un gruppo |
| 2 | Progettazione “pacchetti informativi” | Progetto “pacchetti informativi” |
| 3 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 4 | Progettazione piano formativo | Progetto Piano formativo |
| 5 | Avvio delle fasi attuative | |
| 5 | Verifica avanzamento periodico | Documento di verifica periodica |
| 6 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Stesura del Programma | Definizione del Programma | 2006 |
| 2 | Stesura “Pacchetti informativi” | Raccolta bibliografia | 2006 |
| 3 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 4 | Esecuzione della formazione del personale | n. corsi eseguiti/n. corsi previsti | 2007 |
| 5 | Esecuzione del progetto | numero degli interventi eseguiti | 2007-2008 |
| 6 | Stesura del Report finale | Report | 2008 |

Obiettivo specifico C

Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani;

L'azione strategica del Sistema Prevenzione della Regione Emilia Romagna è volta a diffondere la "cultura della sicurezza domestica", cioè l'insieme di conoscenze, delle consapevolezze e dei valori che orientano i comportamenti e le scelte per una casa sicura.

L'informazione e l'educazione della popolazione e dei "cittadini competenti" rimane quindi il cardine della prevenzione primaria in ambito sanitario.

Tra i fattori che rendono i bambini un gruppo di rischio assai significativo, si rammentano la loro minore percezione del rischio, la loro limitata capacità di difendersi quando in stato di pericolo e la loro fisiologica curiosità. Per tali motivi, i programmi volti a sviluppare l'apprendimento da parte dei bambini dei rischi presenti in casa e dei comportamenti da tenere per evitare gli incidenti hanno mostrato costantemente risultati positivi, in particolar modo se associati ad azioni di miglioramento delle condizioni di sicurezza delle abitazioni, come quelle previste al precedente Obiettivo specifico B)

Altrettanto importanti risultano le azioni di educazione dei genitori spesso non consapevoli di situazioni di pericolo invece frequentemente presenti nelle case, spesso costruite solo in base alle necessità degli adulti.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per il gruppo di rischio rappresentato dalla popolazione anziana. Essi dispongono di risorse in diminuzione per forza muscolare, agilità, equilibrio, prontezza mentale, sensorio, ecc. e si muovono in un ambiente fisico costruito il più delle volte per chi gode a pieno di tali risorse. Per questi motivi, i programmi volti a sviluppare l'apprendimento da parte degli anziani dei rischi presenti in casa e dei comportamenti da tenere per evitare gli incidenti hanno mostrato costantemente risultati positivi, in particolar modo se associati ad azioni di miglioramento delle condizioni di sicurezza delle abitazioni, come quelle previste al precedente Obiettivo specifico B) e di azioni volte al recupero di risorse perdute come quelle previste al precedente Obiettivo specifico A)

Naturalmente le attività di Informazione – Educazione Sanitaria dovranno essere inquadrare in uno spazio temporale ampio e dovranno essere validate e controllate secondo la corretta metodologia della disciplina.

Gran parte degli interventi di educazione saranno attuati attraverso figure di riferimento significative: PLS, MMG, Insegnanti, Associazioni, Sindacati, Assistenti famigliari. Sarà pertanto necessario costruire reti di “alleanze” per lo sviluppo dell’obiettivo.

Gli interventi formativi/educativi per la prevenzione degli incidenti nei bambini e negli anziani saranno indirizzati verso popolazioni diverse ed avranno modalità diversificate, secondo i sotto-obiettivi di seguito specificati.

Parte A) Gli interventi formativi/educativi per la prevenzione dell'incidentalità nei bambini.

L'obiettivo specifico parte A) prevede che l'incidentalità domestica nel bambino sia affrontata almeno da due diversi versanti di intervento:

- azioni di formazione/educazione dei *genitori*
- azioni di formazione/educazione sui *bambini stessi*

Definizione del risultato da ottenere

Genitori - Predisposizione, attuazione e verifica di un programma di informazione/educazione dei genitori dei bambini di 0-4 anni sui rischi di incidente domestico, da attuarsi a cura dei PLS;

Bambini - Predisposizione, attuazione e verifica un programma di informazione/educazione dei bambini di 0-4 anni sui rischi di incidente domestico, da attuarsi nelle scuole

Piano operativo

Il piano dovrà essere predisposto dal gruppo di lavoro formalmente costituito dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione di cui si è detto. Il piano verosimilmente prevederà una fase di messa a punto organizzativa e la sua sperimentazione in un ambito territoriale significativo e solo successivamente sarà esportato su tutto il territorio regionale.

- *Genitori* –
Si prevede di individuare come figura di riferimento significativa il Pediatra di Libera Scelta. Il SSR, pertanto, in sede centrale e locale perseguirà gli accordi coi rappresentanti dei PLS affinché vi sia una buona adesione al progetto.
Le azioni saranno finalizzate ad accrescere nei genitori la consapevolezza dei rischi corsi dai bambini in ambito domestico sia per le caratteristiche dell'ambiente (fasciatoio, mobili instabili, veleni a portata di mano, ecc.) sia per le caratteristiche fisiche del bambino (es. velocità di movimento, ecc.)
Si prevede che i PLS saranno appositamente formati e svolgeranno le azioni di formazione/educazione sui genitori di tutti i bambini di età 0-4 anni nel corso delle visite periodiche per il "Bilancio di salute" proponendo "Pacchetti di contenuti" diversi a seconda dell'età del bambino, comprensivi anche di materiale informativo.
- *Bambini* –
Si prevede di svolgere l'educazione dei bambini stessi in ambito scolastico e di individuare come figura di riferimento significativa l'Insegnante.

Il SSR, pertanto, in sede centrale e locale perseguirà gli accordi coi rappresentanti delle scuole d'infanzia e materne affinché vi sia una buona adesione al progetto.

Le azioni saranno finalizzate ad accrescere nei bambini la consapevolezza dei rischi che sono presenti nell'ambiente domestico e dei comportamenti che li accrescono.

Si prevede che gli Insegnanti saranno appositamente formati e svolgeranno le azioni di formazione/educazione dei bambini di età 0-4 anni nel corso del programma scolastico proponendo "Pacchetti di contenuti" diversi a seconda dell'età del bambino.

In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti stadi di piano operativo:

- 1) elaborazione del programma
- 2) elaborazione dei contenuti da comunicare e metodi di comunicazione: "Pacchetti informativi";
- 3) sviluppo degli accordi necessari per i formatori non dipendenti AUSL;
- 4) formazione del personale
- 5) attuazione del programma
- 6) valutazione dei risultati e verifica di fattibilità

SERVIZI coinvolti

Dipartimenti di Sanità Pubblica; Dipartimenti delle Cure Primarie, Rete Regionale Servizi di Epidemiologia e Comunicazione, Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Regione Emilia-Romagna,

Altri soggetti coinvolti

PLS, Comuni, Scuole d'infanzia e materne, Insegnanti

Ambito territoriale

Sperimentazione su di un campione regionale rappresentativo per una successiva diffusione a tutto il territorio regionale

Definizione dell'assetto organizzativo ("chi fa cosa")

La Regione Emilia-Romagna:

- nomina il gruppo di Coordinamento Tecnico

- sviluppa gli accordi necessari per il reclutamento e la formazione dei formatori: PLS, Insegnanti;

Il Coordinamento Tecnico:

- stende il programma comprensivo anche dei tempi e luoghi della sperimentazione
- individua i pacchetti informativi ed educativi da proporre;
- individua le modalità con cui le AUSL dovranno formare i formatori;
- analizza i risultati ottenuti dalla campagna
- riceve i dati rilevati dalle AUSL e li elabora
- diffonde i dati

Le AUSL:

- organizzano ed eseguono la formazione dei formatori;
- eseguono gli interventi

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|--|--|
| 1 | costituzione del gruppo di coordinamento tecnico | Atto di affidamento del coordinamento tecnico ad un gruppo |
| 2 | Progettazione “pacchetti informativi” | Progetto “pacchetti informativi” |
| 3 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 4 | Progettazione piano formativo | Progetto Piano formativo |
| 5 | Avvio delle fasi attuative | |
| 5 | Verifica avanzamento periodico | Documento di verifica periodica |
| 6 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Stesura del Programma | Definizione del Programma | 2006 |
| 2 | Stesura “Pacchetti informativi” | Raccolta bibliografia | 2006 |
| 3 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 4 | Esecuzione della formazione del personale | n. corsi eseguiti/n. corsi previsti | 2007 |
| 5 | Esecuzione del progetto | numero degli interventi eseguiti | 2007-2008 |
| 6 | Stesura del Report finale | Report | 2008 |

Parte B) Gli interventi formativi/educativi per la prevenzione dell'incidentalità negli anziani

Si prevedono azioni di formazione/educazione mirate ad accrescere negli anziani la consapevolezza dei rischi da loro corsi sia per fattori estrinseci, cioè le caratteristiche dell'ambiente (pavimenti sdruciolevoli, cattiva illuminazione, impianti non a norma, ecc.) sia per fattori intrinseci, cioè le caratteristiche fisiche dell'anziano (es. perdita del tono posturale, ecc.)

Definizione del risultato da ottenere

Predisposizione, attuazione e verifica di un programma di informazione/educazione su una popolazione di anziani sui rischi di incidente domestico.

Piano operativo

L'obiettivo sarà raggiunto attraverso la predisposizione, la verifica ed infine l'attuazione di un programma di informazione/educazione alla sicurezza domestica. La popolazione a cui è destinata l'azione specifica di educazione sanitaria è quella degli anziani.

Si prevede di affidare il coordinamento tecnico dell'Obiettivo specifico ad un particolare gruppo di lavoro, appositamente costituito, capace raccogliere e coordinare le conoscenze e competenze necessarie al raggiungimento dell'obiettivo.

A carico di tale Coordinamento Tecnico sarà la predisposizione del progetto e la sua verifica e l'attuazione, e lo studio dei "pacchetti di contenuti" e dei programmi di formazione dei formatori.

La formazione/educazione verrà svolta su di una popolazione di anziani individuata in base a criteri compresi entro la seguente lista: età, solitudine, appartenenza a gruppi di rischio per patologia, deprivazione socioeconomica.

Si prevede di attuare l'intervento attraverso diverse figure di riferimento tra le seguenti: MMG, Assistenti famigliari, Assistenti Sociali di Base, Assistenti domiciliari, Rappresentanti del Terzo Settore, ecc. portatrici ognuna di specificità, in modo da raggiungere gli anziani attraverso diversi canali e con messaggi complementari.

Il SSR, pertanto, in sede centrale e locale perseguirà gli accordi coi rappresentanti delle figure appena dette per promuovere una buona adesione al progetto.

Le figure di riferimento saranno appositamente formate e svolgeranno le azioni di formazione/educazione sugli anziani nel corso della loro normale attività proponendo

“Pacchetti di contenuti” diversi a seconda del tipo di attività che svolgono. Le azioni saranno finalizzate ad accrescere negli anziani la consapevolezza dei rischi corsi in ambito domestico sia per le caratteristiche dell’ambiente (scale insicure, pavimenti scivolosi, ecc.) sia per le loro performances fisiche in declino.

In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti stadi di piano operativo:

- 1) elaborazione del programma
- 2) elaborazione dei contenuti da comunicare e metodi di comunicazione: “Pacchetti informativi”;
- 3) sviluppo degli accordi necessari per i formatori non dipendenti AUSL;
- 4) formazione del personale
- 5) attuazione del programma
- 6) valutazione dei risultati e verifica di fattibilità

SERVIZI coinvolti

Dipartimenti di Sanità Pubblica; Dipartimenti delle Cure Primarie, Rete Regionale Servizi di Epidemiologia e Comunicazione, Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Regione Emilia-Romagna,

Altri soggetti coinvolti

MMG, Associazioni, Sindacati, Assistenti famigliari, Assistenti Sociali di Base, Assistenti domiciliari, Comuni, Terzo Settore.

Ambito territoriale

Sperimentazione su di un campione regionale rappresentativo per una successiva diffusione a tutto il territorio regionale

Definizione dell’assetto organizzativo (“chi fa cosa”)

La Regione Emilia-Romagna:

- nomina il gruppo di Coordinamento Tecnico

- sviluppa gli accordi necessari per il reclutamento e la formazione dei formatori: MMG, Assistenti famigliari, Assistenti Sociali di Base, Assistenti domiciliari, Rappresentanti del Terzo Settore, ecc.

Il Coordinamento Tecnico:

- stende il programma comprensivo anche dei tempi e luoghi della sperimentazione
- individua i pacchetti informativi ed educativi da proporre;
- individua le modalità con cui le AUSL dovranno formare i formatori;
- analizza i risultati ottenuti dalla campagna
- riceve i dati rilevati dalle AUSL e li elabora
- diffonde i dati

Le AUSL:

- organizzano ed eseguono la formazione dei formatori;
- eseguono gli interventi

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|--|--|
| 1 | costituzione del gruppo di coordinamento tecnico | Atto di affidamento del coordinamento tecnico ad un gruppo |
| 2 | Progettazione “pacchetti informativi” | Progetto “pacchetti informativi” |
| 3 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 4 | Progettazione piano formativo | Progetto Piano formativo |
| 5 | Avvio delle fasi attuative | |
| 5 | Verifica avanzamento periodico | Documento di verifica periodica |
| 6 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|
| 1 | Stesura del Programma | Definizione del Programma | 2006 |
| 2 | Stesura “Pacchetti informativi” | Raccolta bibliografia | 2006 |
| 3 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 4 | Esecuzione della formazione del personale | n. corsi eseguiti/n. corsi previsti | 2007 |
| 5 | Esecuzione del progetto | numero degli interventi eseguiti | 2007-2008 |
| 6 | Stesura del Report finale | Report | 2008 |

Obiettivo specifico D

Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari 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

Il presente Piano della prevenzione comporta la necessità di tradurre in prassi esecutive i nuovi tipi di intervento (o i nuovi contenuti di interventi tradizionali) progettati ai precedenti punti.

Si tratta, quindi, non solo di programmare la formazione del personale, ma di programmare anche la definizione dei contenuti che i nuovi approcci dovranno comprendere, su cui si intende poi formare il personale.

Definizione del risultato da ottenere

Formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari mirata all'acquisizione delle competenze necessarie alla realizzazione e valutazione degli interventi di prevenzione previsti agli Obiettivi specifici precedenti.

Piano operativo

L'obiettivo sarà raggiunto attraverso la predisposizione e l'attuazione di un programma di formazione per tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari coinvolti nella esecuzione e valutazione degli Obiettivi specifici del Piano. Al raggiungimento degli obiettivi, tuttavia, concorreranno anche gli enti che erogano servizi o possiedono potestà regolamentare sulle materie trattate dal Piano, i Comuni in primis, i cui funzionari potranno essere coinvolti nel piano di formazione. Altrettanta attenzione dovrà essere posta nei confronti dei tecnici progettisti, impiantisti installatori, ecc.

Si prevede di affidare il coordinamento tecnico dell'Obiettivo specifico al gruppo di lavoro formalmente costituito dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione di cui si è detto, integrato dalla Rete Regionale Servizi di Epidemiologia e Comunicazione.

A carico di tale Coordinamento Tecnico sarà la predisposizione del progetto di formazione, il controllo della sua esecuzione e la verifica dei risultati, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- Costruzione di una rete di relazioni tecnico-scientifiche
- Individuazione dei contenuti tecnici da attribuire agli interventi e delle modalità di comunicazione "Pacchetti di contenuti"

- Impostazione dell'organizzazione dei Corsi di aggiornamento e della predisposizione del materiale informativo da distribuire
- Formazione del personale che eseguirà direttamente gli interventi: personale dei DSP, dei DCP, dei SAA, ecc.
- Formazione dei formatori: personale dei DSP, dei DCP, MMG, PLS, Insegnanti, Assistenti famigliari, Assistenti Sociali di Base, Assistenti domiciliari, figure di riferimento del Terzo Settore, ecc.
- Formazione del personale che concorre al raggiungimento degli obiettivi: comuni, province, ecc.

In particolare si prevede lo sviluppo dei seguenti stadi di piano operativo:

- 1) elaborazione del programma
- 2) sviluppo degli accordi necessari per la formazione del personale non dipendenti AUSL direttamente coinvolto dal presente Piano;
- 3) sviluppo degli accordi necessari per la formazione del personale non dipendenti AUSL indirettamente coinvolto dal presente Piano
- 4) attuazione del programma
- 5) valutazione dei risultati

SERVIZI coinvolti

Dipartimenti di Sanità Pubblica; Dipartimenti delle Cure Primarie, Rete Regionale Servizi di Epidemiologia e Comunicazione, Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza Distrettuale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Regione Emilia-Romagna,

Altri soggetti coinvolti

MMG, Associazioni, Sindacati, Assistenti famigliari, Assistenti Sociali di Base, Assistenti domiciliari, Comuni, Insegnanti, Terzo Settore

Ambito territoriale

Tutto il territorio regionale

Definizione dell'assetto organizzativo (“chi fa cosa”)

La Regione Emilia-Romagna:

- nomina il gruppo di Coordinamento Tecnico

Il Coordinamento Tecnico:

- stende il programma di formazione
- sviluppa gli accordi in sede centrale necessari per la formazione del personale non dipendente del SSR
- individua i pacchetti informativi ed educativi da proporre;
- individua le modalità con cui le AUSL dovranno formare il personale dipendente del SSR e non dipendente;
- analizza i risultati ottenuti dalla attività di formazione

Le AUSL:

- sviluppano gli accordi locali necessari per la formazione del personale non dipendente del SSR
- organizzano ed eseguono la formazione del personale dipendente del SSR e non dipendente;

| Stadio di piano operativo | Fase del processo | Indicatore |
|----------------------------------|--|--|
| 1 | costituzione del gruppo di coordinamento tecnico | Atto di affidamento del coordinamento tecnico ad un gruppo |
| 2 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 3 | Discussione degli accordi coi rappresentanti | Numero riunioni |
| 4 | Avvio delle fasi attuative | |
| 4 | Verifica avanzamento periodico | Documento di verifica periodica |
| 5 | Costituzione di una equipe di valutazione | Atto di affidamento della valutazione ad un gruppo |

| Stadio di piano operativo | Risultato | Indicatore | Cronoprogramma |
|----------------------------------|---|---|-----------------------|
| 1 | Stesura del Programma | Definizione del Programma | 2006 |
| 2 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 3 | Raggiungimento accordi coi rappresentanti | Presenza accordi | 2006 |
| 4 | Esecuzione del programma | numero corsi eseguiti/corsi programmati | 2007-2008 |
| 6 | Stesura del Report finale | Report | 2008 |