

PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO

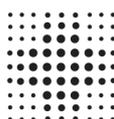
contributi

70

Casa salvi tutti: pratiche di prevenzione degli incidenti domestici in Emilia-Romagna

Risultati e riflessioni sugli esiti del
Piano regionale di prevenzione degli
incidenti domestici (2007-2011)

Emilia-Romagna



Redazione e impaginazione a cura di:

Marinella Natali, Adele Ballarini - Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

Stampa Centro Stampa Giunta - Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2012

Copia del volume può essere richiesta a:

Rossana Mignani - Regione Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna
e-mail: rmignani@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

<http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi>

Si ringraziano i referenti aziendali del Piano di
Prevenzione degli incidenti domestici:
Giuliano Rigoni, Azienda Usl di Piacenza
Ornella Cappelli, Azienda Usl di Parma
Giorgio Campioli, Azienda Usl di Reggio Emilia
Claudio Vaccari, Azienda Usl di Modena
Laura Vicinelli, Azienda Usl di Bologna
Serena Lanzarini, Azienda Usl di Imola
Aldo De Togni, Azienda Usl di Ferrara
Giuliano Silvi, Azienda Usl di Ravenna
Lamberto Veneri, Azienda Usl di Forlì
Mauro Palazzi, Azienda Usl di Cesena
Giovanni Nanni, Azienda Usl di Rimini

PREFAZIONE - IL PIANO DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA (<i>M.Natali</i>).....	5
PARTE I - GLI INTERVENTI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA.....	11
Comunicare il rischio di incidenti domestici alla popolazione anziana (<i>M.Palazzi</i>)	11
<i>Community care</i> e prevenzione degli incidenti domestici: una metodologia alla prova dei fatti (<i>S.Lanzarini, A.Ballarini</i>).....	13
Ginnastica personalizzata a domicilio per la prevenzione delle cadute degli anziani: gli esiti dell'applicazione in Emilia-Romagna (<i>A.Salsi, A.Cenni</i>).....	16
PARTE II – GLI INTERVENTI PER I PICCOLI E PICCOLISSIMI.....	23
Il coinvolgimento dei servizi educativi nella prevenzione degli incidenti domestici (<i>S.Benedetti</i>)...	23
Il rischio di incidenti domestici spiegato ai neogenitori (<i>L.Vicinelli, A.Ballarini</i>)	25
La comunicazione del rischio alle comunità di migranti: quali barriere, quali potenzialità (<i>B.Burgalassi</i>)	32
“CASA SALVI TUTTI”: DIARIO DI UNA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE (<i>M.Bartoli</i>).....	37
PROSPETTIVE: DAI RISULTATI AI PROSSIMI PASSI (<i>M.Natali</i>).....	53
APPENDICE: IL PIANO DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI: FATTI E NUMERI (ANNI 2007-2011).....	55
P1 - Riduzione del rischio di caduta nell'anziano fragile a domicilio - Intervento di promozione dell'attività fisica personalizzata nella popolazione anziana	55
P3 riduzione del rischio negli anziani attraverso l'effettuazione di visite domiciliari per la rilevazione di aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, la fornitura di dispositivi a basso costo ed interventi informativo/educativi.....	60
P5 Riduzione del rischio di incidente domestico negli anziani attraverso l'effettuazione di interventi informativo/educativi strutturati.....	60
P2 - riduzione del rischio nei bambini attraverso l'effettuazione di visite domiciliari per la rilevazione di aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, la fornitura di dispositivi a basso costo ed interventi informativo/educativi.....	64
P4 Riduzione del rischio di incidente domestico nei bambini (0-4 anni) attraverso l'effettuazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini, genitori e istituzioni scolastiche.....	70

PREFAZIONE

IL PIANO DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Marinella Natali¹

Anche se percepito come luogo sicuro per eccellenza, l'ambiente domestico rappresenta, di fatto, un ambito nel quale si concentrano importanti fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità sia da quello della salubrità, nonostante questo vi e nella popolazione una scarsa o assente percezione del rischio. Se consideriamo tutti gli incidenti che avvengono in un anno in Emilia-Romagna, senza distinguere per gravità, osserviamo che gli incidenti domestici sono circa 600.000, gli infortuni sul lavoro circa 130.000 e quelli stradali circa 22.000. Se valutiamo invece la mortalità, ogni anno si registrano circa 530 decessi per incidenti stradali, 125 per infortuni sul lavoro e circa 700 morti dovuti a cadute accidentali.

Nel biennio 2005-2006 a livello nazionale il tasso di incidenza grezzo per gli Incidenti domestici con accesso al pronto soccorso e risultato pari a 2.9% . A partire dal gennaio 2003, l'AUSL di Forlì ha aderito allo sviluppo di questo sistema informativo e ha intrapreso un processo di sorveglianza epidemiologica delle lesioni causate dagli incidenti domestici. Nella tabella seguente sono indicati i casi di infortuni domestici stimati nel territorio regionale, utilizzando i dati elaborati dalla AUSL di Forlì relativamente ai casi rilevati nel periodo 2003–2007 e il tasso grezzo di incidenza per anno.

Nel periodo di rilevazione 2003-2007, si osserva un aumento del numero di casi fino al 2005 e un calo moderato nei due anni successivi.

Tabella 1: incidenti domestici per anno (AUSL Forlì e stima per Emilia-Romagna)

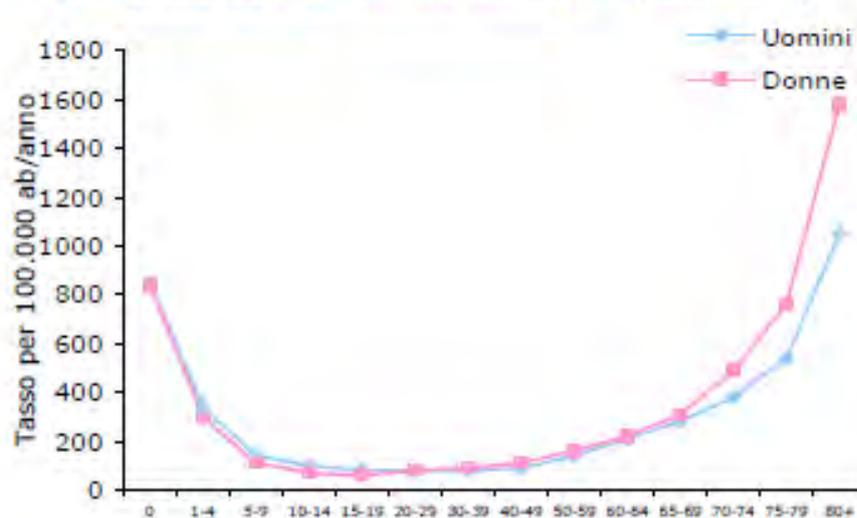
	N° incidenti domestici AUSL Forlì	Tasso Incidenza Grezzo (%) AUSL Forlì	N° infortuni domestici stimati in Emilia-Romagna
2003	5.757	3.4%	139.445
2004	6.219	3.6%	150.693
2005	6.731	3.9%	162.895
2006	6.339	3.6%	153.316
2007	5.941	3.4%	144.096

La distribuzione per classi di età dei casi e sostanzialmente in linea con quanto descritto in letteratura: la maggioranza degli incidenti domestici avviene negli anziani e, tra questi, prevalgono gli incidenti nelle donne e quelli seguiti da ricovero. Per quanto riguarda i bambini, nell'intervallo di età 0-4 anni si assiste, in linea con quanto descritto in letteratura, a un'elevata incidenza di ricoveri ospedalieri per incidente domestico in entrambi i sessi. Per quanto riguarda

¹ Coordinatrice Piano Regionale della prevenzione degli incidenti domestici, Servizio di Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna.

la distribuzione nei due sessi, si osserva una leggera e costante prevalenza degli infortuni domestici femminili (54% vs 46% nei maschi nel 2007).

Grafico 1: Incidenza ricoveri per incidente domestico, per sesso e per età Emilia-Romagna (SDO 2007)



Nel 2007 la dinamica nettamente più frequente in caso di incidente domestico rimane la caduta (49.3%); seguono il taglio (14.4%) e l'urto (12.4%). La caduta rappresenta un evento in costante aumento: dal 43.6% dei casi nel 2003 al 49.3% nel 2007. Le cadute sono più frequenti nelle donne (71% vs 29% degli uomini), anche in considerazione della maggiore longevità e attività nel settore domestico. Un'attenzione particolare per frequenza e gravità merita il fenomeno delle cadute nelle persone con più di 65 anni (+21% dal 2003 al 2007): la classe di età maggiormente interessata e quella 80-84 anni con un 24.5% del totale delle cadute.

In PASSI d'Argento² è presente un capitolo specifico dedicato alle cadute negli anziani (≥ 65 anni), ritenute uno dei "quattro giganti della geriatria". Nel 2009 in regione, il 7% degli anziani intervistati ha riferito una caduta negli ultimi 30 giorni; le cadute sono ancor più frequenti negli anziani con segni di fragilità (11%) e negli anziani disabili (12%). La letteratura documenta, infatti, che in circa un terzo delle persone al di sopra dei 65 anni, e nella metà di quelle sopra gli 80 anni si verifica una caduta all'anno, e che il 20% di questi deve ricorrere a cure mediche (Laquintana 2002). Tra gli esiti, si stima che nel 42% delle cadute, si è avuta una frattura, nella maggior parte dei casi localizzata al femore (93% del totale). Tale frattura, nel 75% dei casi, porta a morte l'anziano entro il primo anno dall'evento (Bruyer e Reginster 2001).

Oltre a ciò, vanno considerati i costi legati sia all'assistenza sanitaria sia alla riabilitazione; a tale riguardo, una stima relativa alle fratture di femore negli ultrasessantacinquenni nell'anno 2002 in Italia, indica un costo di circa un miliardo di Euro (Incidenza e costi delle fratture del femore in Italia, M.Rossini et al., Reumatismo, 2005; 57(2):97-102.)

I fattori causali delle cadute, in particolare nell'anziano, derivano dall'interazione di diversi fattori che gli studi di metanalisi categorizzano in: intrinseci, estrinseci ed ambientali; alcuni di questi fattori sono modificabili ed altri no (J Am Geriatr Soc, 49: 664-672, 2001). Nell'Atlante di mortalità della Regione Emilia-Romagna (2007) i decessi per "Cadute Accidentali" comprendono traumi di varia natura e origine, accomunati dal fatto di essere dichiarati

² Cfr. "PASSI d'Argento: la qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009, Emilia-Romagna", Contributi n.59/2009.

accidentali dal medico certificatore e di non essere dovuti ad incidente stradale o infortunio sul lavoro. In particolare:

- nel 2007 sono stati registrati 685 decessi per cadute accidentali, responsabili dell'1,5% dei decessi totali;
- la maggior parte (77%) dei decessi per cadute accidentali è a carico dei soggetti ultraottantenni;
- nel periodo 1981-2007 il trend di mortalità è in calo nelle donne e stazionario negli uomini;
- i Comuni a rischio più elevato ($RR > 1.3$) sono concentrati nelle province di Parma, Piacenza, Bologna e Ferrara.

Nel bambino nella fascia di età 0-4 anni, oltre alla caduta, le lesioni più frequenti sono l'ingestione o inalazione di sostanze tossiche e corpi estranei, le folgorazioni e le ustioni. Inoltre, la letteratura documenta un gradiente socioeconomico nei ricoveri per incidenti domestici tra i bambini con meno di 15 anni, particolarmente tra i più piccoli (età inferiore a 5 anni); tali disuguaglianze persistono anche per differenti stadi di gravità dell'incidente (Hyppsley-Cox 2002). A tale proposito uno studio italiano condotto a Rivoli evidenzia un incremento di rischio relativo per incidente domestico nei bambini in relazione al livello di istruzione e occupazione paterna.

L'attività più frequente collegata agli incidenti domestici è "camminare" (25%), a cui viene imputato tutto ciò che è movimento in casa (es. salire e scendere le scale, inciampare nei tappeti o altri oggetti); segue l'igiene personale (12%), il gioco (11%), il fai da te (10%) e i lavori domestici (8%) come pulire, cucinare, cucire, ecc. Gli ambienti in cui è più frequente l'accadimento sono i locali interni della casa: cucina (12%), bagno (10%) e scale (9%).

La percezione del rischio infortunistico in ambito domestico nella fascia di popolazione intervistata dal sistema PASSI (18-69 anni)³ è risultata molto scarsa: nel 2008 il 90% degli intervistati in Emilia-Romagna, come a livello nazionale, ha dichiarato di considerare questo rischio basso o assente per sé o per i propri familiari. Una maggior percezione del rischio si riscontra nelle persone nel cui nucleo familiare è presente un componente maggiormente a rischio (bambini o anziani). Circa un quarto degli intervistati (27%) ha ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi sulla prevenzione degli incidenti domestici; le fonti principali sono risultate gli opuscoli e i mass media (28%).

La riduzione del rischio connesso a fattori strutturali delle abitazioni, comportamenti errati e scarsa consapevolezza del problema degli incidenti domestici sono stati al centro dei diversi programmi di azione per la prevenzione previsti all'interno dei Piani per la salute delle AUSL di Parma, Modena, Bologna, Imola, Forlì fino all'anno 2007. 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. I PPS vengono redatti sfruttando una modalità di partecipazione (la programmazione negoziata) che coinvolge gli attori sociali e chi ha interesse e opportunità (cittadini competenti) nel lavoro di mappatura e di selezione dei problemi. I Piani per la Salute delle AUSL regionali hanno selezionato, tra

³Cfr. "PASSI, Progressi delle Aziende sanitarie per la salute - Risultati del sistema di sorveglianza in Emilia-Romagna nel triennio 2007-2009", Contributi n.65/2010; l'indagine è realizzata nell'ambito del sistema di sorveglianza "PASSI" che dal 2007 effettua monitoraggi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua di abitudini, stili di vita e stato di attuazione dei programmi realizzati per modificare i comportamenti a rischio.

numerossissime possibili priorità di salute, un numero limitato di queste, per poter arrivare a piani concreti. Ciò ha portato a un quadro molto ricco 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.

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 essere fino al 2007, a titolo semplicemente esemplificativo:

- Piani per la Salute (Parma): “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).
- Piani per la Salute (Modena): “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.
- Piani per la Salute (Forlì): “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)”.

Per affrontare questo rilevante problema per la salute della popolazione il primo 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.

Esso individua:

- le popolazioni verso le quali orientare le azioni 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 è stata posta alle persone con sofferenza socioeconomica che sono le più colpite anche per quanto riguarda gli incidenti domestici, secondo i dati di letteratura.

- specifiche modalità di lavoro: è 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 nel 2006 si è costituito il gruppo di lavoro per la prevenzione degli incidenti domestici, coordinato dal responsabile regionale e composto dai referenti per l'attuazione del Piano (uno per ogni Dipartimento di Sanità Pubblica - DSP), indicati dalle Direzioni Generali delle Aziende USL della Regione. I referenti così individuati sono il riferimento operativo all'interno di ogni Azienda USL e costituiscono i gruppi di progettazione a livello locale.
- obiettivi e progetti 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:
 - P1 - Riduzione del rischio di caduta nell'anziano fragile a domicilio - Intervento di promozione dell'attività fisica personalizzata nella popolazione anziana
 - P2 - Riduzione del rischio nei bambini attraverso l'effettuazione di visite domiciliari per la rilevazione di aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, la fornitura di dispositivi a basso costo ed interventi informativo/educativi
 - P3 - Riduzione del rischio negli anziani attraverso l'effettuazione di visite domiciliari per la rilevazione di aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, la fornitura di dispositivi a basso costo ed interventi informativo/educativi (percorso associato al percorso P5 Riduzione del rischio di incidente domestico negli anziani attraverso l'effettuazione di interventi informativo/educativi strutturati
 - P4 - Riduzione del rischio di incidente domestico nei bambini (0-4 anni) attraverso l'effettuazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini, genitori e istituzioni scolastiche

Negli anni 2006 e 2007 il gruppo di lavoro è stato impegnato nell'articolazione degli interventi del Piano e in particolare:

- valutazione in dettaglio delle esperienze effettuate, concluse o tuttora in corso;

- stesura del programma operativo con l'individuazione del target, delle azioni, delle responsabilità, delle necessità formative ed informative, dei criteri, modalità e strumenti di valutazione;
- indicazione dei criteri per l'individuazione dei territori in cui attivare il progetto;
- indicazione delle modalità di monitoraggio dell'attuazione del progetto;
- analisi dei risultati e stesura del report

Nel triennio 2007-2009 è stata avviata la sperimentazione dei progetti di prevenzione in alcune realtà del territorio regionale per misurarne fattibilità ed impatto organizzativo, tutto ciò finalizzato a valutarne la possibile estensione negli anni successivi a tutto il territorio regionale. Nel biennio 2010-2011 è proseguita l'attivazione dei progetti, in alcuni casi rimodulati e rivisti sulla scorta della precedente sperimentazione. Tutti i progetti del piano sono stati attivati da più Az.USL.

Il raggiungimento degli obiettivi specifici per ciascun progetto è sottoposto a verifica periodica (vedi in particolare l'Appendice) e questo volume rappresenta un momento di riflessione sugli esiti del Piano regionale di prevenzione degli incidenti domestici, a 5 anni dall'avvio dei progetti.

La prima sezione del volume presenta una serie di contributi di alcuni componenti del gruppo di progettazione del piano o di chi si è occupato degli aspetti maggiormente operativi: l'intento è quello di offrire un momento di riflessione ragionata sui risultati e sulle metodologie utilizzate, per andare al di là della semplice rendicontazione di quanto fatto. A questo proposito, l'Appendice è pensata per una fruizione snella e molto informativa: per ciascun progetto vengono descritte le attività principali svolte negli anni 2007-2011 (i dati, dove non diversamente indicato, sono aggiornati al 31.12.2011), i risultati raggiunti, gli elementi di criticità e le prospettive di sviluppo.

PARTE I - GLI INTERVENTI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA

Comunicare il rischio di incidenti domestici alla popolazione anziana

Mauro Palazzi⁴

I dati raccolti dal sistema di sorveglianza PASSI (2009) mostrano che, nonostante gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema che ha un impatto importante sulla salute pubblica, la stragrande maggioranza delle persone (circa il 90%) continua ad avere una bassa consapevolezza del rischio di infortuni in ambiente domestico. Questo dato è assai rilevante in quanto l'adozione di misure preventive è maggiore tra le persone che mostrano di possedere un'alta percezione del rischio di incidente domestico, per cui interventi non adeguatamente supportati da una efficace comunicazione del rischio sono destinati inevitabilmente ad avere un impatto scarso o nullo.

I motivi che rendono questo rischio poco percepito sono fondamentalmente riconducibili ad alcune caratteristiche del rischio stesso. Diversi studi (ad es. Covello 2009⁵, De Marchi 2004, Sandman 1989) hanno infatti dimostrato che le caratteristiche che possono aumentare la percezione di un determinato rischio per la salute sono ad esempio: il possibile effetto catastrofico o terrificante associato al rischio, la non controllabilità, le possibili ripercussioni sulle generazioni future, la non osservabilità ad occhio nudo, la distribuzione iniqua tra la popolazione e il fatto che possano aver colpito persone vicine o conosciute. Queste caratteristiche non sono, se non in casi particolari, riconducibili al rischio di incidente domestico, che si sviluppa in un ambiente a noi familiare e considerato sicuro per definizione (la nostra "casa dolce casa", il nostro "rifugio").

La comunicazione di questo rischio appare quindi particolarmente complessa in quanto deve innanzitutto aumentare la percezione e sensibilizzare sulla presenza di potenziali pericoli presenti tra le mura domestiche. Un'altra difficoltà da considerare è relativa al luogo in cui si prevede di attuare interventi di prevenzione; il domicilio privato è un luogo inviolabile per legge e per entrarvi bisogna stabilire un elevato rapporto di fiducia con il cittadino. "La fiducia è la chiave della comunicazione del rischio" così, l'allora direttore del British Medical Journal, intitolava un suo editoriale nel numero del 27 settembre 2003. La costruzione di un rapporto di fiducia è infatti il presupposto fondamentale specialmente se ci occupiamo di rischi che investono sfere intime, la propria abitazione, e interessano persone, come gli anziani, spesso diffidenti perché insicuri e minacciati da possibili truffatori.

La costruzione della fiducia nella comunicazione del rischio secondo Covello (1992) è fondamentalmente basata su alcune dimensioni che vanno attentamente considerate e attuate. Innanzitutto è importante assumere un approccio empatico, che consideri il punto di vista del cittadino, la sua difficoltà a percepire un rischio annidato tra le mura domestiche, la sua

⁴ Mauro Palazzi, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena (FC)

⁵ Covello V. (2009) Strategies for overcoming challenges to effective risk communication. in R. L. Heath, H. D. O'Hair (Eds) *Handbook of risk and crisis communication* (pp.143-167). New York: Routledge.

difficoltà a farci entrare nella sua sfera privata. L'ascolto è l'altra importante chiave per avviare la costruzione di una relazione di fiducia: mostrare interesse e apertura, dare la possibilità al cittadino di discutere e intervenire attivamente, incoraggiare le domande e dare risposte ai suoi bisogni. Per impostare nel modo migliore la nostra comunicazione è quindi importante partire da come percepisce il rischio, da quelli che sono i suoi valori, le sue preoccupazioni, le sue credenze. Naturalmente chi comunica il rischio deve mostrare di essere competente ed esperto nell'argomento, preparato a rispondere alle possibili domande e spiegare in modo chiaro e facilmente comprensibile anche i concetti più tecnici. L'uso di un linguaggio tecnico e di difficile comprensione per il livello culturale del nostro destinatario ostacola la creazione di una relazione di fiducia, sviluppa diffidenza e un atteggiamento che può divenire anche ostile.

Le fonti e le modalità attraverso le quali i soggetti più giovani acquisiscono le informazioni sono molto diverse da quelle delle persone più anziane. I primi si muovono in modo attivo e autonomo utilizzando anche canali comunicativi innovativi quali internet, le persone più anziane e quelle più svantaggiate socialmente, tendono ad affidarsi a qualcuno che li aiuti ad acquisire e comprendere meglio le informazioni. Appare quindi utile considerare l'utilizzo di un "mediatore" per facilitare la comunicazione con questi soggetti e identificare le figure che possono essere percepite dall'anziano come degne di fiducia e già in relazione con lui, per coinvolgerle attivamente nell'intervento di comunicazione del rischio. Questi "mediatori" possono corrispondere ad un familiare, al medico di famiglia, ad un operatore sociale o ad un vicino di casa. Grazie alla vicinanza di queste figure al destinatario, possiamo contare di ottenere oltre un maggiore ascolto anche un impatto più continuativo nel tempo del messaggio e della motivazione alla modifica del cambiamento.

Questi "mediatori" vanno formati non solo sulle informazioni e note tecniche per l'individuazione del rischio, ma anche su competenze relazionali e sulla capacità di riconoscere lo stadio di cambiamento in cui si trova il soggetto, rispetto alla modifica di comportamento richiesto e alle strategie comunicative più opportune da attuare. È infatti diverso l'approccio da tenere con chi si trova in una fase precontemplativa (vedi modello di Prochaska e Di Clemente 1984⁶) e non mostra disposizione a cambiare, rispetto a chi ci sta pensando o ha già intrapreso azioni concrete per la messa in sicurezza della sua abitazione.

Una comunicazione impostata in modo inadeguato rispetto alla percezione del rischio e alla volontà di attuare il cambiamento, può compromettere il risultato, anche se fatta da un soggetto di fiducia. Alcuni elementi vanno considerati nella costruzione della comunicazione del rischio, specie se rivolta ad una persona anziana. Innanzi tutto i messaggi devono presentare sia le possibili perdite legate alla non adozione del comportamento (ad esempio la caduta con perdita della autonomia) sia i vantaggi. Di solito le persone sono più attente alle perdite, specialmente se hanno già sperimentato cadute o questo è accaduto a loro conoscenti. I vantaggi prospettati devono essere concreti e vicini nel tempo e le cose da fare devono essere spiegate in modo chiaro ed essere facili da attuare ed accettabili dal soggetto.

Specialmente se si comunica con persone anziane le informazioni vanno date in modo compatibile con i loro tempi di ascolto; è bene quindi prevedere messaggi semplici e brevi, intervallati da domande, anche stimolate dal comunicatore, che oltre a chiarire meglio i concetti aiutano a verificare la corretta comprensione della comunicazione.

Infine non va dimenticato come il contesto sociale possa esercitare una influenza nel favorire l'adesione alle raccomandazioni. Supportare l'intervento diretto al singolo con una campagna comunicativa caratterizzata da linguaggi e immagini nelle quali il soggetto si può identificare, e

⁶ Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of treatment*. Dow-Jones Irwin, Homewood, 1984.

sviluppare una azione di promozione da parte del circolo sociale o delle persone che sono a contatto, sono iniziative utili per spingere le persone ad ascoltare i messaggi e a far crescere una cultura della sicurezza che crei il terreno più adatto agli interventi di prevenzione.

Community care e prevenzione degli incidenti domestici: una metodologia alla prova dei fatti

Serena Lanzarini⁷, Anna Ballarini⁸

Le esperienze intraprese per l'attuazione di alcuni progetti del Piano regionale della prevenzione rivolti alla popolazione anziana, relativi agli incidenti domestici, rappresentano un buon esempio di implementazione di un nuovo modello culturale basato sui principi già indicati dall'OMS⁹ di *community care*.

La *community care* si delinea, infatti, come un nuovo modello di progettazione e di attivazione nell'offerta di servizi a livello delle comunità locali, in cui si verifica l'incontro creativo e collaborativo fra soggetti istituzionali, quali le organizzazioni sanitarie pubbliche ed i soggetti facenti parte di gruppi amicali, associazioni locali, famiglie.

In quest'ottica si colloca l'esperienza condotta nel comune di Sorbolo (Parma) dove, la collaborazione fra Azienda sanitaria di Parma ed i servizi sociali operanti su quel territorio, ha consentito di affrontare la problematica del rischio per gli anziani in ambito domestico attraverso una "presa in carico" della comunità da parte della stessa comunità. In questo comune, come in tutta la regione, il progressivo invecchiamento della popolazione ha portato ad un significativo aumento del numero di anziani che mantengono buone performance senza riduzione del livello di autonomia, i quali rappresentano senza dubbio una vera e propria risorsa per la comunità a cui appartengono.

Al contrario, coloro che hanno caratteristiche di fragilità o che perdono la loro autonomia, anche a seguito di un evento traumatico, spesso entrano in circuiti di assistenza che mettono a dura prova le famiglie e lo stesso sistema del welfare, che non riesce più a rispondere alla vastità del problema sia in termini di risorse che in termini di qualità relazionale dei servizi offerti.

Si pone forte, quindi, l'esigenza di integrare una visione dello stato sociale che pensa alle politiche su base individuale e che categorizza le persone in base al loro essere utenti di un servizio, con una visione che restituisca alla comunità la capacità di ragionare in un'ottica di mantenimento del benessere, di prevenzione e di risposta ai bisogni dei suoi componenti.

Ed è proprio secondo questo principio che attraverso i progetti del Piano regionale della prevenzione sono state messe in campo risorse finalizzate anche al potenziamento delle abilità residue degli anziani fragili oltretutto alla loro formazione/informazione, costruendo un intreccio fra reti formali ed informali, tra professionalità e figure non specialistiche che ha come obiettivo il coinvolgimento di tutte le risorse presenti all'interno della comunità .

7 Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Imola (BO).

8 Assistente Sociale Area Anziani, Comune di Sorbolo e Mezzani (PR).

9 L'OMS afferma il principio dell'essenzialità della Primary Health care, come base del programma strategico "Salute per tutti entro l'anno 2000", Alma-Ata 1978 Primary Health Care, "Health for all" Series, No.1, WHO, Geneva, 1978.

È in questa logica che vengono organizzati incontri nei centri di aggregazione degli anziani (centri sociali di quartiere, parrocchie, ecc.) di educazione alla salute e prevenzione del rischio condotti da operatori del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL; gli incontri consentono un passaggio di competenze ai volontari, che possono così proporsi ad altri anziani per effettuare visite domiciliari in cui assieme si individuano i rischi e gli accorgimenti semplici per scongiurare gli incidenti domestici. Analogamente, il progetto relativo alla somministrazione al domicilio di anziani fragili di ginnastica personalizzata al fine di potenziare le loro abilità residue e migliorarne l'autonomia (vedi intervento precedente Salsi/Cenni), ha visto coinvolti sia gli specialisti dell'AUSL ma anche i familiari, gli amici che si sono resi co-responsabili del programma di fisioterapia. Comune denominatore di questi progetti nella loro modalità di attuazione, è la creazione di una collaborazione, di una "rete di progetto", fra l'istituzione (AUSL) e le reti secondarie di terzo settore (associazioni) nel primo caso, e tra l'istituzione e le reti primarie (amici e familiari) nel secondo.

Il Piano regionale ha espresso una precisa indicazione di politica sociale, andando nella direzione della sussidiarietà orizzontale con le realtà del territorio. Lo sviluppo delle reti territoriali ed il coinvolgimento attivo degli attori sociali ha portato, in questo caso, ad un risultato molto incoraggiante. In un primo momento era stato raccolto, in verità, un numero limitato di adesioni forse perché il progetto era stato confinato al solo momento di programmazione e coordinamento e pensato altrove rispetto al luogo ed al tempo nel quale si sarebbe svolto; nel 2010 tuttavia si sono visti risultati molto incoraggianti come quelli nel comune di Sorbolo (con 10.000 abitanti), dove nel giro di sei mesi sono stati effettuati una sessantina di accessi domiciliari, che stanno ancora continuando .

L'approccio scelto in quel contesto, determinante per il buon andamento del progetto, è stato quello dell'intervento di rete in cui è stato possibile approfondire gli aspetti salienti del lavoro svolto e riorientare l'azione sulla base delle riflessioni sollecitate dalla discussione, soprattutto in relazione ai temi dello sviluppo delle reti secondarie. A Sorbolo si è assistito al coinvolgimento di un attore non previsto inizialmente a livello regionale che è il Servizio Sociale, il quale ,in questi anni di cambiamento e di introduzione di politiche innovative in base ai principi di sussidiarietà verticale ed orizzontale, si trova in posizione strategica rispetto alla comunità in cui svolge la sua azione .

Nel progetto esso ha avuto il ruolo di "social linking": gli operatori dei servizi sociali coinvolti hanno infatti svolto una funzione di collegamento fra l'utente ed i sistemi di aiuto, mobilitando e coordinando le risorse formali ed informali della comunità di riferimento e consentendo così la trasformazione del progetto dalla dimensione individuale a quella collettiva .

Gli elementi fondamentali che hanno attivato la collaborazione delle reti del terzo settore sono stati:

- la motivazione economica e cioè la prospettiva di contribuire alla vita ed all'attività della propria associazione con i proventi dei sopralluoghi forniti dalla Regione;
- la complessità e la novità del progetto;
- il sincero interesse per l'obiettivo del progetto che si occupa di mantenimento dell'autonomia degli anziani, coinvolgendo associazioni formate prevalentemente da "giovani" anziani che riconoscono il problema come potenzialmente prossimo anche a loro stessi.

La costruzione della partnership efficace non è stato frutto di casualità ma il risultato di una consapevolezza professionale e del possesso di metodologia nell'azione. La gestione della comunicazione fra tutti i componenti del gruppo di progetto è stata molto curata: il lavoro

collegiale ha avuto come obiettivo il raggiungimento di consensi uniformi delle Associazioni coinvolte. Un altro elemento fondamentale è stato anche l'assunzione di un atteggiamento sinceramente non giudicante e rispettoso delle differenze culturali di tutti, nella consapevolezza del capitale sociale che l'azione di ogni associazione rappresenta per la vita della comunità.

Dopo le prime criticità, la presenza di un coordinamento e le esperienze gratificanti condivise hanno iniziato a cementare rapporti significativi e positivi fra i partner di progetto.

Affinché una rete possa funzionare bene, come è avvenuto nel caso descritto, occorre che essa consenta modalità flessibili di adesione al progetto da parte delle varie associazioni, offrendo vantaggi a tutti, sia in termini di visibilità che di contributi economici proporzionali alla propria capacità di attivare i sopralluoghi. La rete, inoltre, deve tradurre la sua esistenza in azioni concrete, quali riunioni di progetto di tipo organizzativo e formativo dei volontari per i sopralluoghi, ma in modo "leggero" per non attenuare la motivazione di fondo.

Per quanto riguarda la soddisfazione dei volontari e degli anziani, l'esperienza è stata molto positiva: i volontari hanno sviluppato sicurezza nella compilazione degli strumenti di rilevazione delle potenziali fonti di rischio (checklist) e nella individuazione dei rischi e delle relative modalità di riduzione del rischio. Inoltre, i sopralluoghi sono diventati anche un momento di socialità fra volontari e anziani ospitanti ed i momenti di verifica del progetto hanno consentito l'inizio di un dialogo fra diverse associazioni.

Per la realizzazione di questo progetto è stata fondamentale la cura della relazione sociale che si stabilisce fra i soggetti che partecipano ed una maggiore declinazione delle sue finalità; ciò ha permesso ad ogni associazione, al di là delle differenze culturali, di comprendere l'importanza delle attività proposte per il bene comune e di riconoscerne una propria finalità specifica. Questo ha permesso di gettare le basi per la partecipazione delle realtà del territorio e per la realizzazione di una bella esperienza di sussidiarietà orizzontale.

Il lavoro di rete ha quindi allargato il numero degli attori con cui gli Enti (AUSL e Comune) si è relazionata, oltreché allargare il campo di azione di ogni associazione coinvolta e stabilire scambi e nuove comunicazioni fra reti diverse. Oltre ad avere avuto un buon esito in termini di numero di accessi domiciliari effettuati, il progetto ha determinato l'avvio di un dialogo costante e proficuo fra le varie realtà attive sul territorio con modalità improntate alla collaborazione.

Rispettando le scelte di ogni anziano nel rivolgersi all'Associazione che sentiva più vicina alla propria sensibilità e con la quale aveva un rapporto di fiducia, non si è ottenuto un effetto di chiusura, bensì questa fiducia è circolata dall'Associazione prescelta alle altre, iniziando un'azione di intensificazione della rete di supporto di cui ogni anziano della comunità può usufruire. Anche le famiglie degli anziani si sono sentite supportate dall'azione dei volontari che, durante il sopralluogo (al quale erano spesso presenti anche i figli), "rinforzavano" alcuni consigli poco ascoltati.

In conclusione, grazie alla struttura del progetto combinata ad un corretto approccio metodologico, è stato possibile costruire una relazione di fiducia, reciprocità e cooperazione fra tutti gli attori sociali che hanno come ambito d'azione il mondo degli anziani. Con una attenzione particolare allo sviluppo del capitale sociale dell'individuo, della sua famiglia e della comunità è stato raggiunto l'obiettivo di sensibilizzare gli anziani e i loro familiari ai rischi che corrono gli anziani al proprio domicilio.

Ginnastica personalizzata a domicilio per la prevenzione delle cadute degli anziani: gli esiti dell'applicazione in Emilia-Romagna

Afro Salsi¹⁰, Alessandra Cenni¹¹

Le cadute sono un evento comune nelle persone anziane: approssimativamente un anziano su tre di età superiore a 65 anni ed uno su due di oltre ottanta anni cade accidentalmente almeno una volta all'anno. In circa il 10% dei casi vi è un trauma maggiore con sequele fratturative tanto che le cadute vengono considerate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la terza causa di disabilità. La frattura di femore e il conseguente alto rischio di mortalità e invalidità costituiscono l'effetto più temuto dell'evento caduta. Secondo l'analisi condotta grazie allo studio PASSI del 2009, in Emilia-Romagna il 7% degli ultrasessantacinquenni è caduto negli ultimi 30 giorni. I traumi involontari – riferendosi alla sola fase acuta dell'evento e non tenendo conto delle complicazioni più tardive correlate - sono la quinta causa di morte nell'anziano e le cadute rappresentano i due terzi di questi incidenti. Le cadute ripetute infine, sono la causa più frequente di istituzionalizzazione in quanto da un lato spia di fragilità, dall'altro fattore di scompenso dell'omeostasi globale dell'individuo.

La dimensione quantitativa del fenomeno e l'elevato impatto epidemiologico quanto a disabilità indotta rendono urgente affrontare questo problema con interventi che migliorino la prevenzione, efficaci e realisticamente applicabili dato che, come intuibile, non esistono terapie farmacologiche utilizzabili a questo fine. Molti paesi sia europei che extraeuropei hanno già avviato programmi specifici di prevenzione. In Italia non è nota alcuna iniziativa specifica al riguardo.

Alla luce di quanto emerso dall'analisi della letteratura scientifica relativamente alla capacità di prevenire le cadute, si può considerare acquisito che:

- l'esercizio fisico in quanto tale non è di per sé efficace allo scopo nella popolazione anziana;
- esercizi individualizzati finalizzati al potenziamento muscolare e al miglioramento dell'equilibrio, rivolti a soggetti opportunamente selezionati che vivono al domicilio, sono efficaci.

Pertanto sulla base di un protocollo di intervento domiciliare messo a punto e sperimentato per la prima volta da Campbell¹² in Nuova Zelanda successivamente adottato anche in altri contesti (Otago), si è deciso di disegnare e testare nell'ambito della Regione Emilia-Romagna la fattibilità e la sostenibilità organizzativa ed anche economica di un piano di intervento in grado di ridurre il rischio di caduta dell'anziano che vive al domicilio. Esso è basato su :

- intervento domiciliare personalizzato;
- programma individuale di rinforzo muscolare e miglioramento dei riflessi di equilibrio posturale.

L'occasione è stata offerta nell'ambito del Programma Regionale "Sorveglianza e Prevenzione degli Incidenti Domestici" (Intesa Stato-Regioni-Prov.Autonome 23 marzo 2005, D.G.R. 426/2006), programma le cui opportunità sono state utilizzate per capire se lo schema del

¹⁰ Direttore del Dipartimento Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche - Polilinico S.Orsola-Malpighi, Bologna.

¹¹ Fisioterapista, AUSL Imola (BO).

¹² Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. "Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data", J Am Geriatr Soc 2002; 50:905-911

protocollo messo a punto ed applicato per la prima volta in ambiente neozelandese da Campbell nel 1997, opportunamente modificato e adattato, fosse trasferibile alla popolazione anziana della Regione Emilia-Romagna. In particolare si è voluto capire se :

- il sistema del Servizio Sanitario Regionale locale fosse in grado di attivare e sostenere il progetto;
- ci fosse adesione e collaborazione degli anziani;
- quali fossero i costi collegati;
- se potessero essere modificati positivamente gli stili di vita (aumento della quota di moto giornaliera).

Si intendevano inoltre ricavare informazioni sul costo medio del singolo trattamento, un dato che, affiancato a quello del beneficio ottenibile e a quello della fattibilità, poteva facilitare il processo decisionale di generalizzazione della pratica ad altre sedi del Servizio Sanitario Regionale. In altri termini, al termine della sperimentazione su un numero ristretto di aziende, ogni USL della Regione avrebbe avuto a disposizione, insieme al protocollo operativo messo a punto, una previsione realistica di fattibilità e dei costi collegati potendo conseguentemente esprimersi in termini di convenienza sulla base del rapporto costo/beneficio.

Ci si è quindi rivolti ad anziani residenti al proprio domicilio, di età superiore o uguale a 80 anni e che fossero caduti almeno una volta nell'anno precedente. I criteri di esclusione erano minimi: demenza moderato-severa, grave disabilità, ipovedenza invalidante. Successivamente nel corso del primo accesso, e avvalendosi di un manuale illustrato allo scopo che veniva fornito all'anziano (cfr. immagini nelle pagine seguenti), il fisioterapista si recava al domicilio e sceglieva da un cluster di esercizi quelli più adatti alle peculiari caratteristiche dell'individuo – personalizzando così l'intervento – allo stesso tempo addestrandolo ad eseguirli in proprio. Seguivano due ulteriori accessi di rinforzo educativo allo scopo di completare e verificare l'apprendimento, quindi l'anziano veniva invitato ad autogestirsi lo svolgimento della serie di esercizi, integrando e completando tutto ciò anche con un programma minino di cammino. Fino al completamento dei 12 mesi previsti dal disegno dell'intervento, la persona riceveva periodicamente, secondo un calendario prefissato e identico per tutti, la telefonata di verifica di aderenza allo svolgimento degli esercizi da parte del fisioterapista, che aveva anche lo scopo di mantenerne e rinforzarne le motivazioni¹³. In questo modo sono stati reclutati 169 soggetti in sette diversi distretti della regione.

Per quel che riguarda gli esiti del progetto, la verifica di fattibilità del modello nel contesto specifico (mondo reale del Servizio Sanitario Regionale di sette diversi distretti) può considerarsi acquisita essendosi completato il progetto col solo ricorso alle funzionalità normali già esistenti nella rete del sistema.

Tabella 2: anziani che hanno terminato il programma

Coinvolti nel programma	169
Giunti al termine	136
Vivono soli	73
Vivono in famiglia	96

¹³ Lo schema preciso dei passaggi telefonici/accessi domiciliari è riportato in Appendice, nella sezione dedicata al progetto P1.

Dei 169 soggetti che hanno iniziato il trattamento 136 lo hanno portato a termine fino al completamento lungo l'arco dei 12 mesi (vedi Tabella 1). Si tratta di un valore fortemente positivo superiore ad ogni più ottimistica aspettativa tanto più che 17 fra coloro che hanno rinunciato lo hanno fatto per motivi di causa maggiore non dipendenti dalla loro volontà come decesso o problemi di salute intercorrenti (vedi Tabella 2). Trattandosi di una popolazione ultra ottantenne il grado di aderenza sostenuto nel tempo dimostra che la serie di esercizi del pacchetto ben si adatta all'anziano da un lato, che la personalizzazione operata dai terapisti – che hanno scelto per ciascuno quelli più adatti – è avvenuta con competenza dall'altro. Questo elemento, vale a dire il tratto della massima flessibilità possibile dei protocolli di cura e assistenza all'anziano fragile, è un paradigma obbligato di cui occorrerebbe tenere conto sempre.

Tabella 3: motivi di interruzione

Salute	11
Demotivazione	11
Altro	5
Decessi	6

L'aderenza al trattamento, condizione necessaria per non vanificare programmi anche ambiziosi, in questo caso è stata garantita dalla motivazione individualizzata (rapporto uno a uno col terapeuta) e dal controllo/rinforzo nel tempo attraverso le telefonate. È noto che il condizionamento cognitivo comportamentale (vale a dire quelle tecniche di accompagnamento e rinforzo motivazionale per l'aderenza ai trattamenti) condotto con tecniche di gruppo per indurre gli anziani ad incrementare la quota di moto quotidiana si è rivelato scarsamente efficace, contrariamente a quanto sembrerebbe invece determinarsi con approccio di tipo individuale quale quello adottato nella presente esperienza. Le telefonate di richiamo si sono confermate utili nel miglioramento dell'aderenza a conferma di quanto già rilevato dalla ricerca scientifica. Approccio personalizzato, contatto telefonico seriale nel tempo e buona qualità degli esercizi proposti sono le determinanti che hanno prodotto l'esito positivo.

Anche la valutazione dei partecipanti sul profilo di difficoltà e sulla gradevolezza degli esercizi suggeriti è risultata ampiamente positiva. 129 dei 136 soggetti hanno espresso un giudizio soggettivo di miglioramento e 100 di loro descrivono il giovamento proprio in termini di maggiore sicurezza nel cammino. Nell'arco temporale dei dodici mesi si sono avute solo 23 cadute fra i 136 anziani ultraottantenni che hanno completato il ciclo, ben al disotto del tasso atteso secondo letteratura pari a circa 65 eventi.

L'analisi empirica dei costi è stata effettuata dividendo la somma complessivamente utilizzata per il completamento dello studio per il numero dei casi trattati. Da questo rapporto si ricava un costo teorico medio per ogni anziano pari a 346 euro. La somma può essere scomposta percentualmente in quattro finalizzazioni differenziate: 58% agli accessi domiciliari, 18% alle telefonate di selezione, 15,5% al coordinamento, 8,5% alle spese accessorie. Se si considera che una quota parte dei costi così stimati sono dovuti alla fase di prima implementazione che prevede oneri aggiuntivi, si può ragionevolmente indicare in circa 240 euro l'onere economico a regime di un ciclo di un anno secondo le schema proposto.

Da ultimo, ma non certo per importanza, grazie anche agli effetti di sensibilizzazione scaturiti, è stato promosso da parte della Regione Emilia-Romagna l'inserimento nel Piano per la Prevenzione 2010-12 la somministrazione di attività fisica al domicilio per la prevenzione delle

cadute, con modalità simili a quelle sperimentate. Si prevede di raggiungere almeno l'1% degli ultraottantenni elegibili nel 50% dei distretti sanitari.

MOVIMENTO DEL CAPO

- **ERETTI** con lo sguardo rivolto in avanti
- **GIRATE** lentamente la testa a destra per quanto possibile
- **GIRATE** lentamente la testa a sinistra per quanto possibile
- **RIPETERE** 5 volte per lato



RINFORZO LATERALE DELL'ANCA



- **SPOSTATE** il peso sul piede sinistro
- **STATE ERETTI** accanto ad un mensola/ tavola e appoggiatevi saldamente
- **SOLLEVATE** la gamba destra mantenendola estesa con la punta del piede rivolta in avanti
- **SOLLEVATE** la gamba verso il fianco destro e ritornare alla posizione di partenza
- **RIPETETE** ----- volte
- **VOLTATEVI** e spostate il peso sul piede destro
- **RIPETETE** ----- volte

Esempi di schede personalizzate di esercizi (donna)



OSCILLAZIONI DELLE BRACCIA

- ◊ **SEDETE ERETTI** con la schiena scostata dallo schienale
- ◊ **TENETE** i piedi ben saldi sul pavimento
- ◊ **PIEGATE** gli avambracci
- ◊ **PIEGATE** e distendete gli avambracci ad un ritmo che vi sia confortevole
- ◊ **CONTINUE** per 30 secondi



CAMMINO COME “SUL FILO” ALL’INDIETRO

con sostegno

- ◊ **ERETTI** accanto ad una mensola/tavola
- ◊ **APPOGIATEVI** al sostegno guardate in avanti
- ◊ **METTETE** un piede dietro all’altro come su di una linea retta
- ◊ **PORTATE** dietro il piede che si trova davanti
- ◊ **RIPETETE** per altri 10 passi
- ◊ **GIRATE** su voi stessi e ripetete

PARTE II – GLI INTERVENTI PER I PICCOLI E PICCOLISSIMI

Il coinvolgimento dei servizi educativi nella prevenzione degli incidenti domestici

Sandra Benedetti¹⁴

Il sistema dei servizi educativi nella nostra regione costituisce ormai un patrimonio sia culturale che sociale di forte rilievo: composto da servizi più strutturati come i nidi, i micro nidi anche nei luoghi di lavoro, le sezioni primavera aggregate a scuole dell'infanzia del sistema integrato, passando attraverso i servizi integrativi, dagli spazi bambino ai centri per bambini e genitori, fino ad arrivare all'ultima generazione di servizi, quelli domiciliari, l'intero sistema pubblico e privato offre alle famiglie del nostro territorio regionale una copertura pari al 31,3% della popolazione residente in età 0-3 anni.

Ciascuno di questi servizi si caratterizza in base al proprio modello organizzativo e progetto pedagogico che costituisce il manifesto su cui poggiano tutte le azioni educative rivolte ai bambini; nel progetto è compreso un punto imprescindibile che caratterizza in modo significativo l'identità di questi servizi rispetto a quelli scolastici: esso riguarda l'azione educativa che, anche in base alla norma regionale che regola questi servizi, deve essere condivisa e restituita alla famiglia attraverso momenti dedicati in cui genitori e personale dei servizi si scambiano le reciproche rappresentazioni del loro stare assieme ai bambini.

Va da sé che, in base a questo presupposto, il coinvolgimento delle famiglie nei servizi per la prima infanzia si è progressivamente perfezionato nel corso degli anni, fino ad includere certamente l'attenzione agli aspetti collettivi della partecipazione, ma soprattutto a prestare attenzione anche alla cura dei dettagli più intimi legati cioè alle componenti relazionali che coinvolgono tutti gli attori implicati in un rapporto educativo.

In particolare all'educatrice che opera in questi servizi è chiesto di modulare il proprio ruolo adeguandolo alla natura intrinseca del servizio sempre più chiaramente caratterizzato da tre presupposti fondamentali: l'accoglienza, l'ascolto, l'accompagnamento dei bambini e delle famiglie nella crescita lungo l'arco dei primi 3 anni di vita con un'attenzione alla continuità educativa fino ai 6 anni, prima cioè dell'inserimento nella scuola dell'obbligo.

Nell'ambito di questi servizi, l'educatrice appare come la co-costruttrice di uno sfondo sul quale agiscono prevalentemente la madre e il bambino, altre volte anche il padre o i nonni; in alcuni casi all'educatrice viene chiesto di sostenere la coppia madre-bambino riconoscendola nella sua unicità, altre volte la potenza accentratrice della coppia madre-bambino si impone sovrastando le altre coppie e dunque all'educatrice compete un intervento riequilibratore, in grado di facilitare l'espressione di tutti i presenti.

Ancora e sempre più frequentemente, all'educatrice compete la funzione di "bonificare" atteggiamenti materni o paterni, così come, sempre più frequentemente, alla stessa educatrice viene richiesto da parte di alcuni genitori di assumere nella delega, quel ruolo normativo al quale il genitore tende a sottrarsi o a sfuggire per effetto di una eccessiva esposizione emotiva o

¹⁴ Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza, Regione Emilia-Romagna.

perché al genitore sfugge il polso della situazione, sentendosi inadeguato, o perché teme che un atteggiamento troppo prescrittivo finisca per pregiudicare l'equilibrio della relazione tra lui e il proprio figlio.

È bene che questi comportamenti, che caratterizzano il segno della contemporaneità dell'essere genitore, possano trovare lo spazio di espressione nei servizi: si sono infatti rafforzate le iniziative dialogate tra il personale dei servizi e le famiglie per facilitare il riconoscimento del loro ruolo complesso, senza giudicarlo, tentando di orientarli anche su temi come per esempio l'uso dello spazio in chiave educativa, introducendo alcune consapevolezza non solo verso una cultura estetica dello spazio e dell'arredo, sia a casa che nei servizi, ma anche verso la convinzione che estetica e funzionalità devono essere al servizio di tre categorie fondanti una qualità dello spazio nei servizi come nella casa:

- intimità e sicurezza;
- orientamento e autonomia;
- stabilità e flessibilità.

Queste categorie tengono conto necessariamente dei bisogni dei bambini proprie delle tappe evolutive che caratterizzano il loro crescere ed appendere dentro e fuori i servizi: la presa di coscienza, nell'ambito dell'esperienza sensibile, dello spazio e della sua fruizione permette al bambino di costruire informazioni non solo di tipo espressivo intese come rivelazione o comunicazione oggettiva di esperienze vissute individualmente, ma consente anche di elaborare le stimolazioni acquisite sul piano dei sensi per trasferirle progressivamente a livello cognitivo, strutturando poi vere e proprie tracce di memoria nelle quali sedimentare il ricordo rievocato ogni qualvolta, anche a distanza di anni, si ritorna in uno spazio che diventa “quello spazio di quella volta che”, “quell'oggetto che rievoca l'oggetto di quella volta che”...anche quell'oggetto che pian piano inizia a percepire come pericoloso, con il quale imparare a cimentarsi, dominandolo, piuttosto che ad evitarlo.

Le stesse categorie di intimità e sicurezza, orientamento e autonomia e stabilità e flessibilità, nella casa come nei servizi, devono poter armonicamente convivere nel modo come gli spazi vengono arredati e lasciati vivere.

Questo è un tema ricorrente nei servizi e attrae molto l'attenzione dei genitori i quali a volte sono preda di sentimenti ambivalenti: da un lato lasciare esplorare il proprio bambino, dall'altro proteggerlo per evitargli ogni pericolo. Se poi nella delega educativa si aggiungono i nonni l'ansia da prestazione aumenta unitamente al senso di responsabilità conseguente alla delega educativa. Il risultato è molto frequentemente una “iper-protezione” che snatura invece il bisogno del bambino di sviluppare le sue esigenze e le sue potenziali abilità connaturate al suo desiderio di esplorazione. Come far passare il valore di una buona condotta educativa, senza per questo giudicare l'operato del genitore è in larga parte il lavoro che dentro ai servizi si compie quotidianamente.

A seguito di queste considerazioni si comprende quindi quanto valore abbia avuto per noi il coinvolgimento offerto ai servizi tramite il Piano regionale per la prevenzione degli incidenti domestici. Ci è parso non solo molto adeguato ai temi che spesso i servizi trattano all'interno delle iniziative rivolte ai genitori, ma si è rivelato anche un ambito di formazione per le stesse educatrici; l'adesione dei servizi è stata elevata e i corsi di formazione previsti per l'anno 2009 hanno permesso un importante raccordo tra ambito socio-educativo e sanitario, così evocato dal Piano socio-sanitario regionale che trova in questa direzione un'applicazione virtuosa e sicuramente meritevole di sottolineatura.

Anche se l'imprevisto è una incognita che ci accompagna nel corso della vita, la prevenzione ai rischi che si celano anche dentro ai luoghi considerati più sicuri, costituisce un prerequisito che deve contaminare anche le azioni di cura in ambito educativo, facendo dei servizi ottimi alleati nell'impegno per il benessere dentro e fuori le mura di casa.

Il rischio di incidenti domestici spiegato ai neogenitori

Laura Vicinelli¹⁵ / Adele Ballarini¹⁶

La tipologia del progetto di prevenzione indirizzato ai piccolissimi ha considerato in primo luogo l'idea di intervenire precocemente sulla sicurezza dei bambini agendo sulla percezione del rischio dei neogenitori; quale momento di confronto tra questi e gli operatori sanitari si è individuata l'occasione degli accessi ambulatoriali associati al percorso vaccinale dei nuovi nati.

Al momento della prima vaccinazione, accanto alla richiesta di compilazione di un questionario sulla percezione del rischio, è stata offerta ai genitori l'opportunità di un accesso domiciliare da parte delle Assistenti Sanitarie (AS) per arricchire il confronto sulla sicurezza domestica nel contesto di vita della famiglia, focalizzando l'interesse sulle esigenze del bambino in rapporto alle caratteristiche dell'abitazione, degli oggetti di uso quotidiano, delle abitudini consolidate e così via. L'intervento a livello domiciliare, suggerito anche dalla letteratura scientifica come valore aggiunto per il raggiungimento di effetti positivi in progetti di prevenzione di questo tipo, ha l'obiettivo di far acquisire all'ambito familiare maggiori consapevolezza sui pericoli – non sempre percepiti come tali - e di suggerire opportuni e circostanziati accorgimenti atti al controllo degli stessi. Un secondo questionario, proposto al terzo accesso vaccinale, avrebbe fornito un confronto tra le consapevolezza iniziali e quelle acquisite dai neo genitori dopo l'intervento del personale sanitario.

Gli accessi domiciliari, pur essendo un punto di forza del progetto, hanno comportato alcune problematiche specifiche: fin dai primi accessi effettuati negli anni 2008-2009 le AS hanno riscontrato alcune difficoltà dovute probabilmente ad una certa diffidenza nei confronti della proposta di accesso al domicilio. Se anni fa, in diverse realtà, piccole e grandi, era diffusa l'abitudine della visita a casa dei nuovi nati da parte dell'ostetrica o dell'AS, oggi questa prassi non è più sostenibile per tutte le Aziende (solo a Cesena il progetto è stato associato a questo tipo di visite: qui infatti non si è verificato alcun problema relativo al consenso agli accessi domiciliari). C'è meno abitudine a ricevere in casa, anche gratuitamente, il personale dei servizi sanitari, mentre l'offerta di accesso domiciliare è a volte percepita come una singolare "invasione di campo". Nel nostro caso il numero di accessi è stato comunque soddisfacente: 2 genitori su 3 hanno acconsentito all'accesso domiciliare (circa il 64% dei genitori contattati), ma il numero si abbassa nel caso dei genitori stranieri (58%).

Proprio rispetto ai genitori stranieri si sono evidenziate, da subito, le problematiche più evidenti: nei riguardi del consenso agli accessi domiciliari il fattore diffidenza ha sicuramente giocato un ruolo importante, soprattutto se viene associato al fatto che il legame con le istituzioni e la percezione dei servizi offerti è subordinato ai condizionamenti culturali degli innumerevoli contesti di provenienza degli stranieri. In alcuni casi, quando c'è maggiore conoscenza e confidenza con le prassi operative dell'Azienda sanitaria, senza troppi problemi si acconsente alla visita domiciliare. In altri casi, la proposta di accesso domiciliare viene vista con diffidenza

¹⁵ Laura Vicinelli, AUSL Bologna.

¹⁶ Adele Ballarini, Regione Emilia-Romagna, Servizio di Sanità Pubblica.

e rifiutata, forse perché associata al timore di essere sottoposti ad un controllo: le AS, talvolta, hanno dovuto specificare che l'accesso non aveva l'obiettivo di valutare le condizioni abitative della famiglia con finalità coercitive.

È vero che in molti casi la visita a casa da parte dei funzionari pubblici (questura, carabinieri, polizia municipale) è associata alla verifica di specifici requisiti che possono condizionare anche la permanenza o meno in Italia delle persone straniere. È possibile che questo tipo di esperienza possa avere giocato un ruolo importante nei confronti della proposta di accesso domiciliare. Inoltre, non va dimenticato che nelle diverse culture di provenienza anche la valenza simbolica e affettiva del domicilio è profondamente diversa, così come lo è la rete di conoscenze e di relazioni indispensabile per poter entrare nelle case degli stranieri.

È stato quindi necessario, per gli anni 2010 e 2011, pensare ad azioni specifiche modulate sulle esigenze dei genitori stranieri e in particolare rivolta alle donne straniere. A Cesena si è avviato nel 2010 un progetto rivolto a donne straniere e mamme sole, forti della prassi, lì ancora attiva, di effettuare visite a domicilio a tutte le neomamme. In quel contesto il personale delle pediatrie di comunità, associava alla visita al piccolo la proposta dei contenuti del piano di prevenzione degli incidenti domestici.

Inoltre, nel Piano regionale della prevenzione 2010-2012 è stato inserito un nuovo progetto rivolto alle donne straniere (vedi oltre intervento di Burgalassi): *Donnecare* ha l'obiettivo di veicolare i contenuti del piano di prevenzione degli incidenti domestici in contesti e con modalità familiari alle donne straniere. Il progetto si avvale del supporto di mediatrici e referenti di associazioni di donne straniere distribuite sul territorio regionale, che si occupano di individuare i momenti e le modalità di più opportune per incontrare le altre donne.

Per quel che riguarda gli esiti del progetto dal punto di vista del gradimento, i genitori che hanno acconsentito all'accesso hanno valutato in modo favorevole l'intervento: per i genitori gli accessi domiciliari hanno rappresentato un'occasione per avere ulteriori informazioni sulle vaccinazioni, sull'alimentazione e per segnalare le loro difficoltà e altre problematiche di salute. Sono stati generalmente molto apprezzati i gadget predisposti dalla campagna regionale "Casa salvi tutti" (una tartaruga di pezza paraspigoli e una luce illumina passi) e il materiale informativo utilizzato (opuscolo, lista di riscontro per la valutazione degli ambienti della casa), a dimostrazione che se da un lato è vero che l'intervento formativo è più efficace se effettuato a domicilio, è altresì importante avvalersi di contenuti "confezionati" in modalità adeguate. Questo è in particolare vero per i progetti avviati dal 2010 in poi, per i quali ci si è potuti avvalere di materiale informativo tradotto in 8 diverse lingue¹⁷, ausilio che ha decisamente supportato le operatrici e i genitori stranieri nella comprensione sia delle domande dei questionari del rischio percepito che dell'opuscolo e della checklist (riportata integralmente in cosa a questo intervento).

Per quel che riguarda l'efficacia dell'intervento, la media delle risposte esatte date nel primo questionario somministrato ai genitori è di 8 domande su 10, mentre sono poco meno di 9 su 10 le risposte corrette nella seconda somministrazione del questionario. Per quel che riguarda gli stranieri il dato è confermato, anche se si osserva che in generale si parte da un minore conoscenza dei rischi (circa 7 risposte corrette su 10, in media) per arrivare ad un buon livello di consapevolezza dei rischi (nel secondo questionario 8 domande corrette su 10), con un margine di miglioramento doppio nella popolazione straniera, rispetto al totale dei genitori.

Aggiungiamo, inoltre, che il dato relativo agli accessi domiciliari di fatto non cambia i risultati dei questionari: tra i genitori che hanno ricevuto l'accesso domiciliare e quelli che non l'hanno ricevuto il margine di miglioramento nella conoscenza del rischio (scarto tra le domande esatte

¹⁷ Vedi sezione successiva "“Casa Salvi tutti”: diario di una campagna di comunicazione”.

nel primo questionario e nel secondo) addirittura, anche se di poco, decresce (0,46 contro lo 0,42). Il campione di partenza non è tanto consistente da potere trarre delle conclusioni rispetto all'efficacia dell'intervento formativo a domicilio, anche perché lo scarto è piuttosto esiguo. Tuttavia forse l'osservazione più corretta è che essendo già buono il livello di partenza circa la percezione del rischio, anche il margine di miglioramento al termine dell'intervento, pur presente, è limitato. A riprova di ciò, nei casi in cui si parte da minori livelli di consapevolezza del rischio (stranieri) si registrano margini di miglioramento maggiori.

Occorre sottolineare che il progetto ha permesso di entrare dentro le case e verificare quante e quali situazioni di rischio si possono riscontrare più frequentemente. Grazie al progetto è stato possibile raccogliere una considerevole quantità di informazioni, altrimenti difficilmente ricavabili. Su 71 tipologie di pericolo/rischio che la lista di riscontro si proponeva di verificare, sono risultate in ciascuna abitazione, in media, 10,76 situazioni da correggere o da tenere sotto osservazione¹⁸. Per quel che riguarda le tipologie di rischio individuate, ve ne sono alcune decisamente diffuse, quali la presenza di mobili con spigoli vivi ad altezza di bambino (84%), la presenza di detersivi, prodotti di pulizia e igiene della casa a portata di bambino (68%), la presenza di librerie, cassette e altri mobili scalabili (59%), la presenza di mobili con ante di vetro o specchi accessibili (53%) (per un elenco più dettagliato si rimanda all'Appendice, vedi sezione dedicata al progetto P2). Premesso che i riscontri ottenuti nel corso della realizzazione del progetto sul territorio emiliano-romagnolo non sono statisticamente rilevanti (i dati si riferiscono a poco meno di 400 checklist), tuttavia si ritiene che da essi possano scaturire informazioni utili ad orientare le future attività di formazione e comunicazione.

¹⁸ Nelle abitazioni degli stranieri il dato medio è pressoché identico (10,78).

Questionario di percezione del rischio utilizzato nel progetto di riduzione del rischio nei bambini attraverso l'effettuazione di visite domiciliari (P2)

Gli incidenti domestici, ovvero gli infortuni che avvengono nell'abitazione e nelle sue pertinenze, rappresentano oggi un rilevante problema di Sanità Pubblica, soprattutto per quanto riguarda i bambini in età 0-4 anni. Il seguente questionario viene proposto per sollecitare l'attenzione dei genitori su un tema spesso sottovalutato.

1. NEL SOGGIORNO

La presenza di elettrodomestici (televisore e computer) può essere un rischio per il tuo bambino

- 1 No, anzi mi è di aiuto perché è uno svago per il bambino
- 2 No perché sono collocati in alto
- 3 Sì perché il bambino potrebbe tirare i cavi o inciampare
- 4 Non saprei

2. IN CUCINA

Come ti comporti in cucina quando stai cucinando per assicurarti che il tuo bambino (0-4 anni) non si faccia male?

- 1 Non ritengo che ci siano particolari problemi, basta che lo sorvegli
- 2 Cucino tenendolo in braccio
- 3 Uso prevalentemente la parte interna dei fornelli e giro i manici verso l'interno
- 4 Non saprei

3. IN CUCINA

I piccoli elettrodomestici possono essere pericolosi: cosa fai per rendere più sicuro il tuo bambino?

- 1 Niente: i miei elettrodomestici sono a norma
- 2 Stacco sempre la spina e li ripongo dopo l'uso
- 3 Sono tranquillo perché il bambino non li sa usare
- 4 Non saprei

4. NELLA CAMERETTA

Una volta messo a letto un bambino da 0 a 4 anni, come dovrebbero restare le spondine della culla o del lettino?

- 1 Sempre abbassate: se è neonato non è capace ancora di alzarsi o girarsi da solo, se ha superato il primo anno di vita potrebbe svegliarsi e voler scendere da solo
- 2 Sempre alzate e di un' altezza non scavalcabile
- 3 Sempre alzate ma non troppo alte perché non si senta in gabbia
- 4 Non saprei

5. NELLA CAMERETTA

Suona il telefono nell'altra stanza mentre un neonato è sul fasciatoio: che fare?

- 1 Si può lasciare il bambino e rispondere perché così piccolo non è in grado di alzarsi o girarsi su sé stesso
- 2 Si può lasciare il bambino e rispondere solo nel caso di un telefono portatile o cellulare che consente di tornare immediatamente da lui
- 3 Non si deve mai lasciare il bambino incustodito perché è imprevedibile nei movimenti: o non rispondere o portarlo con sé
- 4 Non saprei

6. NEL BAGNO

Quale procedimento ritieni sia più corretto seguire per preparare il bagnetto a un bambino 0-4 anni?

- 1 Preparare la vaschetta con acqua calda, immergere il bambino ed aggiungere acqua fredda nel caso la pelle diventi arrossata
- 2 Preparare la vaschetta con acqua calda ed immergere il bambino solo dopo aver verificato

la temperatura, che a contatto con la pelle adulta deve risultare abbastanza calda (circa 40-45° C)

3 Preparare la vaschetta con acqua calda ed immergere il bambino solo dopo aver verificato la temperatura, che a contatto con la pelle adulta non deve risultare né più calda né più fredda di quella corporea (circa 37° C)

4 Non saprei

7. LE SCALE

In presenza di scale, da quando il bambino inizia a gattonare e fino a quando non avrà raggiunto una certa sicurezza nello stare in piedi, cosa sarebbe più opportuno fare per la sua sicurezza?

1 Vigilare quando gattona e, appena inizia a camminare, mostrargli come salire e scendere per aiutarlo nello sviluppo motorio

2 Impedire la discesa ma consentire la salita, che il bambino può fare anche a gattoni, così da avvicinare il momento in cui imparerà a fare le scale da solo

3 Predisporre dei cancelletti di chiusura

4 Non saprei

8. COMPORAMENTI

Dove conservare i detersivi e i farmaci quando c'è un bambino in casa?

1 D'abitudine sotto il lavello in cucina e in bagno, perché non sono luoghi dove giocano i bambini e sono più comodi nella gestione quotidiana

2 In un pensile alto non accessibile al bambino per evitare qualsiasi problema

3 A portata di mano, mostrando al bambino - quando non è più un neonato - che non si devono toccare, per responsabilizzarlo ed educarlo alle regole

4 Non saprei

9. COMPORAMENTI

I giocattoli dei bambini 0-4 anni. Quale delle seguenti affermazioni ritiene corretta?

1 Tutto ciò che interessa i bambini rappresenta una scoperta: è importante lasciarli sempre liberi di giocare con qualsiasi cosa

2 È opportuno offrire ai bambini solo giochi acquistati appositamente, perché studiati per il loro sviluppo: in tal caso i giochi destinati ai bambini più grandi possono funzionare da stimolo per i più piccoli

3 È indispensabile tener presente l'età del bambino a cui sono destinati, per impedire che oggetti dalle dimensioni troppo piccole possano essere ingeriti

4 Non saprei

10. COMPORAMENTI

Qual è il modo più corretto per sollevare un neonato?

1 Prenderlo da una qualsiasi estremità, l'importante è non far battere la testa

2 Prenderlo dalla parte superiore del busto (braccia o ascelle), con estrema delicatezza e la precauzione di agire sempre su entrambi i lati del corpo, per evitare di sollecitare troppo una sola articolazione

3 Prenderlo da una delle estremità superiori, vista la naturale elasticità del corpo dei neonati

4 Non saprei

COGNOME _____

NOME _____

INDIRIZZO _____ **Tel.** _____

ETÀ _____ **PROFESSIONE** _____

Grazie per la collaborazione!

Checklist utilizzata durante le visite domiciliari, per la rilevazione degli aspetti strutturali e dei comportamenti a rischio



Attenenti a quei due!

Per la sicurezza dei piccoli, verificabe se state seguendo alcune semplici misure di prevenzione

AMBIENTI TUTTI I LOCALI DOMESTICI				FATTO	SOTTO CONTROLLO
RISCHIO DOVUTA	CHECK	SUGGERIMENTI			
1. Pavimentazione scivolosa	SI NO	Non trattare a cera, soprattutto le scale			
2. Tappeto posato su pavimento scivoloso	SI NO	Utilizzare rete antiscivolo, oppure togliere se non necessario			
3. Pavimento o parquet sconnesso, sceggiato o scollato	SI NO	Riparare			
4. Gradini isolati o soglie in rilievo	SI NO	Segnalare l'ostacolo			
5. Librerie, cassetti o altri mobili scalabili	SI NO	Installare fermo ai cassetti, modificare la struttura, o adeguata sorveglianza			
6. Pensili e librerie non fissate saldamente al muro	SI NO	Provvedere a fissarle			
7. Mobili con ante di vetro e specchi	SI NO	Installare pellicole antirifondamento			
8. Mobili con spigoli vivi ad altezza di bambini	SI NO	Utilizzare parasigoli (fino a circa 1 metro dal pavimento)			
9. Mobili con basamento o piedi sporgenti	SI NO	Segnalare l'ostacolo			
10. Assenza di parasigoli o barriere di protezione per i termosifoni	SI NO	Installare adeguati dispositivi di protezione per l'altezza di 1 metro			
11. Presenza di vetri o specchi non infrangibili ad altezza di bambino	SI NO	Ove possibile installare pellicole antirifondamento			
12. Presenza di soprammobili in vetro raggiunti dai bambini o su mobili instabili	SI NO	Mettere in sicurezza			
13. Presenza di elettrodomestici pesanti (ferro da stiro, televisione, computer o altro) sistemati in alto con filo elettrico accessibile ai bambini	SI NO	Mettere in sicurezza			
14. Presenza di oggetti pesanti (vasi di piante e fiori o altro) posti in alto su supporti instabili	SI NO	Mettere in sicurezza			
15. Presenza di piante con spine o foglie appuntite o tossiche	SI NO	Mettere in sicurezza			
16. Presenza di prese elettriche non sicure	SI NO	Installare tappi protettivi o del tipo "sicurezza"			
17. Presenza di prese elettriche sovraccariche di apparecchi allacciati	SI NO	Utilizzare spine del tipo "diabatta"			
18. Presenza di apparecchi elettrici danneggiati o cavi di alimentazione danneggiati	SI NO	Sostituire			
19. Assenza di interruttori e differenziale ad alta sensibilità "salvavita"	SI NO	È necessaria l'installazione			

AMBIENTI INGRESSO

RISCHIO DOVUTA	CHECK	SUGGERIMENTI	FATTO	SOTTO CONTROLLO
20. Rampa di scale davanti all'ingresso con pianerottolo molto stretto	SI NO	Prestare attenzione nelle manovre con la carrozzina		
SOGGIORNO				
21. Camino senza adeguata protezione dal calore o dal fuoco diretto	SI NO	Necessita adeguata protezione (parascintille) oppure sorveglianza a camino acceso		
22. Presenza di sedile pieghevole pericoloso per possibile schiacciamento	SI NO	Riporre in luogo inaccessibile ai bambini		
CUCINA				
23. Strumenti da taglio non protetti e facilmente raggiungibili dai bambini	SI NO	Utilizzare fermi per i cassetti		
24. Elettrodomestici da taglio e frullatori sotto tensione, a portata di bimbi	SI NO	Staccare sempre la spina quando non in uso		
25. Fornello a gas senza la termo coppia (la termo coppia è un dispositivo "facoltativo")	SI NO	Sorvegliare per evitare le fuoriuscite del gas. In caso di spegnimento della fiamma installare un fermo di sicurezza, sorvegliare i piccoli		
26. Forno collocato ad altezza bambino, di facile apertura	SI NO	Impresenza di bambini consiglia l'uso attento dei fornelli più vicini al muro, avendo l'accortezza di girare l'impugnatura verso l'interno		
27. Utilizzo improprio dei fornelli con pentole dai manici troppo lunghi	SI NO	Sorvegliare per evitare ustioni da vapore		
28. Lavastoviglie apribile ad altezza bambino	SI NO	Deve essere presente e libero da ostacoli		
29. Assenza o errato utilizzo del sistema di ventilazione (foto di ventilazione permanente)	SI NO			
CAMERA DEI BAMBINI				
30. Letto senza sponde o con distanza eccessiva tra le sbarre verticali	SI NO	Gli spazi tra le sbarre verticali non devono superare gli 8 cm. È opportuno proteggere le sponde con materiale morbido		
31. Fasciatoio instabile e/o con protezioni laterali insufficienti	SI NO	Stemare o sostituire, se instabile. Sorvegliare sempre i bambini sull'asciutto		
32. Materasso morbido, abbondanza di cuscini e coperte che possono costituire rischio di soffocamento	SI NO	Rimuovere; utilizzare cuscini anti soffocamento		
33. Presenza sulla porta di serratura con chiusura dall'interno	SI NO	Togliere la chiave		
34. Letto a soppalco o a castello	SI NO	Posibilmente evitare, o proteggere con adeguati dispositivi		
35. Armadiature con ante richiudibili con serratura	SI NO	Togliere le chiavi		
36. Presenza di lampade a parete o da tavolo, radioveglie accessibili dai bimbi	SI NO	Fissare/spostare, o sorvegliare adeguatamente		
37. Presenza di stufe elettriche, termocoperte	SI NO	Eliminare		

AMBIENTI				SOTTO CONTROLLO
BAGNO				FATTO
RISCHIO DOVUTO A	CHECK	SUGGERIMENTI		
38	Assenza di regolazione della temperatura dell'acqua (termostato, disattenzione, ...)	Controllare sempre la temperatura dell'acqua prima di fare il bagno ai bimbi	SI	NO
39	Presenza di boiler elettrico	Verificare che sia installato a distanza di sicurezza da vasca o doccia (60 cm)	SI	NO
40	Tappetini e pedane scivolose in prossimità dei sanitari	Il tappeto può essere utile per non scivolare sul bagnato; utilizzare rete antiscivolo	SI	NO
41	Presenza di stufetta elettrica vicino alla vasca o alla doccia, al lavabo o al bidet	Non deve essere raggiungibile	SI	NO
42	Presenza di asciugacapelli in prossimità della vasca, della doccia, del lavabo o del bidet	Non deve essere raggiungibile	SI	NO
43	Assenza del sistema di ventilazione se necessario (ad es. in presenza di caldaia o boiler a gas a "camera aperta")	Deve essere presente e libero da ostacoli	SI	NO
SCALE				
44	Non è presente un secondo corrimano ad altezza dei bimbi	Collozare corrimano a circa 45-50 cm dal pavimento, oppure sorvegliare i bimbi	SI	NO
45	La ringhiera è scalabile da bambini	Mettere una rete di protezione	SI	NO
46	Gli elementi verticali della ringhiera sono troppo larghi	Mettere in protezione. Gli spazi tra gli elementi verticali non devono superare gli 8 cm	SI	NO
47	Assenza di cancelletto antiscivolo per bambini che impedisca l'accesso alle scale	Installare cancelletto o sorvegliare i bimbi	SI	NO
BALCONI, TERRAZZE E SOPPALCHI				
48	La ringhiera o la balaustra è scalabile da bambini	Mettere una rete di protezione. Anche le finiere possono essere utilizzate come "scala"	SI	NO
49	La ringhiera o balaustra sono attraversabili con facilità da bimbi	Mettere una rete di protezione. Gli spazi verticali non devono superare gli 8 cm	SI	NO
50	Arredo facilmente amovibile e scalabile	Togliere	SI	NO
PORTE E FINESTRE				
51	Coincidenza pericolosa di apertura simultanea di più porte	Bloccare o togliere una porta	SI	NO
52	Il telaio delle finestre o delle porte è in metallo e quindi spigoloso	Mettere i parasigilli	SI	NO
53	Il sotto-finestra o il sotto-porta non è in vetro antiscalfittura con pericolo di precipitazione	Sostituire o installare idonea protezione	SI	NO
54	Presenza di oggetti scalabili sotto le finestre	Eliminare o mettere in sicurezza	SI	NO
55	Cordoni per tende troppo lunghi	Eliminare	SI	NO
56	Finestra ad ante senza il dispositivo per chiusura di sicurezza	Installare	SI	NO

AMBIENTI				SOTTO CONTROLLO
CORTILE				FATTO
RISCHIO DOVUTO A	CHECK	SUGGERIMENTI		
57	Pozzi, pozzetti, caditoie, serbatoi o altre aperture accessibili incustodite	Chiudere	SI	NO
58	Pavimentazione, terreno o altri manufatti a terra sconnessi	Sistemare e livellare	SI	NO
59	Attrezzi da lavoro visibili e facilmente raggiungibili da bimbi	Chiuderli in un luogo inaccessibile	SI	NO
60	Attrezzi da lavoro mescolati con giochi per bimbi	Tenerli separati. Chiudere gli attrezzi in un luogo inaccessibile	SI	NO
61	Griglie a terra con maglie troppo larghe	Installare griglie con meno di 2 cm di distanza tra le maglie	SI	NO

COMPARTAMENTI				SOTTO CONTROLLO
RISCHIO DOVUTO A	CHECK	SUGGERIMENTI		
62	Presenza di detersivi, prodotti per la pulizia e igiene della casa, insetticidi o altre sostanze velenose o pericolose a portata dei bambini	Da sistemare in armadietti chiusi a chiave o in alto, inaccessibili	SI	NO
63	Presenza di medicinali a portata dei bambini	Da sistemare in armadietti chiusi a chiave o in alto, inaccessibili	SI	NO
64	Presenza di sacchetti e borse di plastica incustodite	Conservarli in luogo inaccessibile	SI	NO
65	Presenza in casa di oggetti appuntiti o taglienti incustoditi	Da sistemare in cassette chiusi o in luoghi inaccessibili	SI	NO
66	Bambini soli vicino a stufa o caminetto accessi	Necessita sorveglianza	SI	NO
67	Bambini soli sul fasciatoio o sul letto dei genitori	Sorvegliare	SI	NO
68	Presenza di giocattoli o altri oggetti di piccole dimensioni accessibili ai bambini	Eliminare, sorvegliare	SI	NO
69	Mancanza di controllo metodico della temperatura del biberon o del cibi prima della somministrazione	Controllare sempre la temperatura del cibo prima di servirlo	SI	NO
70	Mancanza di controllo metodico della temperatura dell'acqua prima del bagnetto dei bimbi	Controllare sempre la temperatura prima del bagno.	SI	NO
71	Uso di apparecchi elettrici in prossimità dell'acqua, con mani bagnate o su pavimento bagnato, o durante il bagno dei bimbi	Evitare l'uso in tali condizioni	SI	NO



CAMPAGNA REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

La comunicazione del rischio alle comunità di migranti: quali barriere, quali potenzialità

Barbara Buralassi¹⁹

L'Emilia-Romagna si presenta sempre più come una realtà multietnica e multiculturale: si registra, infatti, un costante aumento dei cittadini stranieri che hanno ormai superato le 500.000 unità, pari all'11,3% della popolazione residente complessiva. Per quanto riguarda la popolazione straniera, si conferma²⁰ una presenza ricca e plurale di nazionalità, con in testa Marocco (14,6%), Romania (13,1%), Albania (12,7%), Ucraina (5,1%), Tunisia (4,9%), Cina e Moldavia (4,6%).

L'immigrazione straniera ha caratteristiche di forte dinamicità, eterogeneità ed irreversibilità. La stabilità del fenomeno migratorio è comprovata da un processo costante di ricongiungimento familiare e da una rilevante crescita della popolazione femminile (che ormai supera il 51% del totale dei residenti stranieri). Le donne migranti registrano livelli di fecondità decisamente più elevati rispetto a quelli della popolazione autoctona, determinando un incremento della natalità: i nati con madre straniera sono oltre 11.000, pari al 28% dei nuovi nati.

Ciò che più colpisce, al di là dei dati numerici, è l'estrema varietà di culture presenti in Emilia-Romagna: i cittadini stranieri, infatti, provengono da ben oltre 170 Stati diversi.

Le barriere linguistiche, la diversità culturale, le condizioni economiche svantaggiate e, non ultimo, l'impreparazione degli operatori ad agire in modo competente in un contesto multietnico, rappresentano fattori che possono determinare difficoltà e disuguaglianze nell'accesso ai servizi, rallentando il processo di inclusione sociale e determinando ricadute negative sul piano del benessere e della salute dei cittadini stranieri.

Anche l'accesso ai servizi di prevenzione risulta spesso problematico, in quanto il concetto di prevenzione è sconosciuto ad una parte della popolazione straniera, per motivi culturali, economici e sociali. Il cambiamento in senso interculturale della comunità regionale costringe quindi a nuove sfide per dare risposte adeguate, attraverso un approccio multidimensionale e multidisciplinare ai bisogni complessi dei cittadini stranieri, cercando di trasformare le complessità della società interculturale in opportunità da cogliere.

Un'integrazione sociale positiva richiede una piena applicazione del principio di equità attraverso un sistema che garantisca una reale fruibilità dei servizi. In particolare è necessario:

- promuovere e sostenere approcci innovativi, strategie e metodologie differenziate e mirate ai differenti bisogni espressi dai cittadini stranieri, rendendo i servizi più adeguati alle diversità culturali;
- migliorare la comunicazione e la relazione con il cittadino straniero, in particolare attraverso la mediazione interculturale;
- rafforzare le competenze degli operatori (attività di formazione sulla comunicazione interculturale).

La diffusione della conoscenza della lingua e della cultura italiana costituisce una delle priorità di intervento della Regione Emilia-Romagna in quanto rappresenta un passaggio essenziale per facilitare il processo di integrazione nella comunità di accoglienza. In tal senso, per migliorare l'efficacia delle campagne di prevenzione destinate ai cittadini stranieri, sono previsti interventi

¹⁹ Servizio politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, Regione Emilia-Romagna.

²⁰Fonte: elaborazione Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio (art. 3 L.R. n.5/2004) su dati Servizio controllo strategico e statistica – Regione Emilia-Romagna.

di informazione e di educazione promossi attraverso l'attività di alfabetizzazione funzionale e/o l'organizzazione di moduli didattici specifici, in collaborazione con le organizzazioni che si occupano della progettazione dei corsi di lingua italiana per cittadini stranieri adulti.

Nell'ambito del sistema regionale di accoglienza ed integrazione sociale della Regione Emilia-Romagna, sono state create, nel corso degli ultimi anni, numerose reti tematiche (come ad es. la rete regionale contro le discriminazioni, la rete TogethER delle associazioni giovanili interculturali, la rete "Emilia-Romagna terra d'asilo" dedicata ai rifugiati e richiedenti asilo, ecc.), il cui coinvolgimento risulta determinante per facilitare la comunicazione e l'accesso ai servizi da parte di alcuni specifici target di utenti. In particolare, nella progettazione e realizzazione di campagne informative mirate ai cittadini stranieri, la Regione Emilia-Romagna può avvalersi di reti capillari con competenze diversificate:

- la Rete dei Centri interculturali dell'Emilia-Romagna (che raggruppa circa una ventina di centri), promossi dai comuni e dal privato sociale. Essi rappresentano luoghi di mediazione e di incontro e confronto tra culture per favorire l'integrazione sociale dei cittadini stranieri. In prospettiva i Centri potrebbero fornire un valido supporto nell'attività di informazione e di sensibilizzazione dei cittadini stranieri;
- la Rete regionale dei media interculturali dell'Emilia-Romagna (Rete MIER, www.retemier.it), associazione di testate giornalistiche interculturali che raccoglie periodici, siti internet, emittenti e programmi radio-televisivi presenti in Emilia-Romagna. Essi sono spesso espressione di realtà associative e comunitarie, che vedono impegnati in veste di produttori o di principali fruitori, migranti e gruppi di origine straniera. La Rete potrebbe essere coinvolta nello svolgimento di campagne di comunicazione sociale attraverso l'uso dei mezzi di comunicazione di massa;
- la rete degli sportelli informativi per i cittadini stranieri (complessivamente 130 in tutta la regione) gestiti dai Comuni. Essi potrebbero essere coinvolti in azioni di informazione e di distribuzione di materiali informativi (volantini, opuscoli, ecc.) sui temi oggetto delle campagne informative;
- la rete Intrecci che raggruppa le associazioni fondate e gestite da e per le donne migranti.

Nell'attuazione della campagna regionale di prevenzione degli incidenti domestici, il tema dell'informazione e dell'educazione della popolazione rimane il cardine della prevenzione primaria. In particolare, nell'attività di comunicazione del rischio, occorre tenere presenti alcune criticità che rendono difficile il coinvolgimento dei cittadini stranieri nei programmi specifici rivolti ai genitori e ai loro bambini. I risultati raggiunti con la prima sperimentazione relativa al progetto di sensibilizzazione associato al percorso vaccinale (compreso nel piano regionale della prevenzione degli incidenti domestici) sono stati in questo senso molto chiari: i genitori dei piccoli stranieri sono più diffidenti degli altri nei confronti della proposta di accesso domiciliare e solitamente partono da livelli di consapevolezza del rischio piuttosto bassi²¹.

Per superare tali difficoltà è opportuno promuovere progetti specifici destinati soprattutto alle mamme straniere, in particolare a quelle che si trovano in situazione di isolamento sociale e territoriale. In questi casi l'approccio interculturale rappresenta una strategia efficace, poiché privilegia la centralità della "relazione" tra le culture, per condividere valori e obiettivi comuni.

Il ricorso ad iniziative mirate di comunicazione interpersonale consente, infatti, di adattare maggiormente i messaggi alle donne migranti nel corso della comunicazione stessa con la

²¹ Vedi contributo Vicinelli/Ballarini e Appendice

possibilità di conseguire dei feedback immediati relativamente alla comprensione e all'accettazione o meno dei contenuti trasmessi.

In tal senso può rivelarsi particolarmente utile il coinvolgimento dell'associazionismo femminile migrante nello sviluppo di azioni specifiche in cui il dialogo interculturale sia lo strumento di comunicazione prioritario ai fini di una efficace azione di comunicazione e informazione sul rischio. L'ascolto e il coinvolgimento dei migranti nell'ambito delle campagne di prevenzione consentono, attraverso una maggiore comprensione delle loro storie di vita e di migrazione, di definire la traiettoria più adeguata da seguire nella progettazione di iniziative e interventi maggiormente efficaci (e l'individuazione delle soluzioni più idonee ai bisogni specifici).

L'associazionismo femminile migrante in Emilia-Romagna rappresenta una vera e propria risorsa in senso interculturale: sono presenti infatti più di sessanta organizzazioni tra volontariato, promozione sociale e cooperative, che coinvolgono più di 4.500 donne, per oltre due terzi straniere, esprimendo una grande voglia di partecipazione²². Si tratta di un fenomeno particolarmente diffuso e sfaccettato.

Le donne migranti, pur essendo spesso considerate come soggetti deboli sia nella società di accoglienza sia in quella di origine, svolgono un ruolo fondamentale di mediazione non solo all'interno delle proprie famiglie e con le istituzioni con cui entrano in contatto (scuola, ambulatorio, ecc.), ma anche nella loro terra d'origine, facendosi spesso interlocutrici privilegiate di possibili cambiamenti culturali, economici ed anche politici. In Emilia-Romagna, la forte presenza delle donne straniere nel terzo settore, oltre a mettere in luce la capacità di integrazione dimostrata dalla popolazione femminile immigrata, può rappresentare anche un riflesso dell'importante ruolo di mediazione che esse svolgono costantemente.

Negli ultimi anni, grazie anche al sostegno della Regione, sono state poste le basi per la costituzione di una rete regionale di associazioni di donne straniere e italiane (denominata *Intrecci*) per collaborare insieme attraverso l'individuazione di obiettivi comuni e modalità di lavoro condivise. Il coinvolgimento, a livello sperimentale, di questa risorsa, nell'ambito del Piano di prevenzione degli incidenti domestici, appare strategico perché consente di realizzare attività ed iniziative di ambito regionale, attraverso il lavoro in rete delle associazioni femminili migranti, presenti nelle singole realtà territoriali.

Sulla scorta dei primi risultati dei progetti contenuti nel Piano, è stato inserito nel Piano regionale di prevenzione 2010-2012 un nuovo progetto pensato appositamente per coinvolgere e raggiungere il target delle donne/mamme migranti. Si tratta del progetto *Donnecare*, realizzato con la collaborazione della rete *Intrecci*, con l'obiettivo di promuovere incontri informativi e di sensibilizzazione con altre mamme delle rispettive comunità sui temi della prevenzione degli incidenti domestici. In questi incontri è previsto l'utilizzo dei materiali multilingua elaborati nell'ambito della campagna di comunicazione regionale del Piano, e di altri materiali informativi prodotti appositamente per il progetto (filmati realizzati da attori-mimo).

La formazione di alcune referenti delle associazioni (in particolare delle mediatrici provenienti dalle comunità più diffuse sul territorio) sui temi della prevenzione rappresenta un elemento fondamentale per consentire alle associazioni stesse di promuovere incontri informativi e di sensibilizzazione a livello locale. Tali incontri saranno organizzati nei luoghi pubblici maggiormente frequentati dalle donne straniere come ad. es. piazze, mercati, consultori e spazi "donne migranti e loro bambini", cercando di stimolare curiosità ed interesse nei confronti delle iniziative e creando quel clima amicale/familiare e di fiducia necessario per un coinvolgimento

²²Cfr. Associazione di volontariato Il Ventaglio "Mappatura delle Associazioni di donne migranti e di donne native e migranti in Emilia-Romagna", Gennaio 2009, realizzata nell'ambito del progetto "Intrecci di fili per una rete di associazioni di donne migranti e italiana in Emilia-Romagna" finanziato dalla Regione Emilia-Romagna.

più attivo delle mamme appartenenti alle diverse comunità straniere²³. Le associazioni di donne straniere e miste possono anche facilitare la realizzazione delle visite domiciliari, previste nell'ambito dei programmi di prevenzione, per verificare la presenza di problemi strutturali o di abitudini che comportano dei rischi per i bambini piccoli. Infatti, le associazioni attraverso il loro ruolo di “portavoce” e di mediazione privilegiata nei confronti delle comunità straniere, potrebbero consentire la realizzazione delle visite domiciliari in un clima confidenziale e di fiducia, abbattendo le barriere linguistiche e culturali.

Con un progetto così articolato sarà possibile offrire un valido contributo alla promozione dell'approccio di genere alla salute e dell'empowerment delle donne migranti, attraverso il loro coinvolgimento nella definizione delle azioni e degli interventi di assistenza, secondo una logica di promozione della salute, di acquisizione di consapevolezza, di cambiamento e superamento di stereotipi e discriminazioni, affinché le donne straniere possano agire consapevolmente, responsabilmente e con soddisfazione.

La collaborazione tra istituzioni pubbliche e cittadini stranieri e italiani operanti nel terzo settore, assumendo le caratteristiche di un vero e proprio laboratorio interculturale, può contribuire alla progettazione e alla realizzazione di campagne di prevenzione innovative e più efficaci per tutta la popolazione, costituendo un esempio concreto di come l'immigrazione possa divenire una risorsa per tutta la società.

²³ Il progetto è stato avviato in forma sperimentale nel 2012, con il supporto di associazioni locali della Rete Intrecci a Piacenza, Parma, Modena, Bologna, Ferrara, Forlì, Cesena, Ravenna, Rimini.

“CASA SALVI TUTTI”: DIARIO DI UNA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE

*Mauro Bartoli*²⁴

La campagna di comunicazione regionale per la prevenzione degli incidenti domestici²⁵ ha richiesto, fin dai primi passi, di lavorare su un tono della comunicazione che fosse divertente e leggero, affinché il messaggio non fosse terrorizzante, ma orientato alla sensibilizzazione sul problema.

La prima fase di lavoro si è caratterizzata con incontri finalizzati ad esaminare problemi e pericoli presenti nelle case, causa di incidenti frequenti e, in alcuni casi, gravi. Per chi non si occupava di sanità significò scoprire statistiche allarmanti ed impressionanti, con incidenti dovuti a tappeti scivolosi, pavimenti bagnati, persone travolte da valigie poste sugli armadi, sughi e cibi bollenti che schizzano ovunque, prese elettriche dalle quali escono spine multiple e prolunghe incastrate come lego a formare strane costruzioni, radio collegate all'elettricità appoggiate sulla vasca da bagno, stufette elettriche sotto i lavandini, mobili sui quali bambini e bambine si arrampicano fino a raggiungere il soffitto.

Dopo la prima fase di conoscenza ed analisi dettagliata dei pericoli e delle cause degli incidenti domestici, è iniziata la fase della progettazione relativa al “come parlarne”. Il primo video ad entrare in produzione è stato quello che vede come protagonisti due anziani, che rappresentano, insieme ai bambini, uno dei due target di popolazione a cui è principalmente destinata la campagna in quanto vittime più frequenti degli incidenti domestici. Sappiamo tutti che si invecchia senza rendersene conto e non è facile convincersi che ciò che si faceva non si riesce più a fare.

A partire da queste considerazioni, si è impostata la produzione di un cortometraggio di fiction, “Arturo, Anita e gli incidenti domestici”²⁶.

La situazione che si vuole raccontare presenta una casa nella quale una coppia di anziani vive, lui davanti alla televisione, lei a sfacchinare tutto il giorno. Il tono vuole essere divertente, da scenetta comica. La trama prevede che l'uomo guardi la TV commentando ciò che vede, mentre la moglie svolge le faccende di casa. All'inizio la moglie si vede di sfuggita, se ne colgono solo dei particolari mentre passa da una stanza all'altra. Questo movimento consente di mostrare, in alcune zone dell'abitazione, situazioni di pericolo: tanti cavi elettrici collegati alla stessa presa, che “sfrigolano” di corrente; pentole che bollono sul fuoco; scale traballanti sulle quali la signora rimane in bilico su un piede, per spolverare meglio sui mobili ... Nel frattempo il signore, in vestaglia, cambia canale. È seduto su una sedia e da lì non si muove anzi, siccome la moglie “è già in piedi” ne approfitta per chiederle di portargli qualcosa da bere e da mangiare. In televisione passano alcuni spot che parlano di incidenti domestici. Sono brevi filmati, prodotti appositamente per il video, aventi per protagonista un personaggio realizzato in plastilina che

²⁴ Cooperativa La Palazzina, Imola (BO).

²⁵ Tutti i materiali citati in questo intervento sono scaricabili dal sito www.saluter.it/casa.

²⁶ Soggetto e sceneggiatura di Fabio Landi, animazioni di Riccardo Sivelli, regia di Massimiliano Valli e produzione di Mauro Bartoli, interpreti Ezio Battistini e Loretta Fiumana.

riprende – per caratteristiche fisiche – il signore in poltrona. L’obiettivo è che in televisione vi sia la “caricatura” dell’uomo che guarda, una sorta di “specchio televisivo”, per esaltare il fatto che quella comunicazione riguarda proprio lui, il nostro signore anziano seduto davanti alla TV.

Il nostro protagonista si comporta come se il destinatario degli spot non possa essere lui, rifiutandosi di credere che quei pericoli raccontati nei filmati possano esistere realmente anche per lui. Ecco allora che lo sentiamo commentare con ironia situazioni che vedono il personaggio in televisione pattinare e cadere su pavimenti scivolosi, inciampare sul tappeto..., fino ad un finale nel quale, rivolgendosi alla moglie, sulla battuta *“Noialtri siamo poi a posto con gli incidenti domestici. Io sto seduto qui e quando ho bisogno di qualcosa lo domando a te. Bè, cosa vuoi che mi succeda...a me!?”* l’inquadratura si allarga a scoprire, per la prima volta, la moglie che sconsolata se ne va in cucina, zoppicando, coperta di bende, con un braccio ingessato.

I dialoghi del filmato sono stati in parte riadattati in dialetto con la collaborazione degli attori che fanno parte di una compagnia dialettale in modo da renderli divertenti e aumentando al contempo la simpatia dei personaggi; alcune espressioni sono poi ripetute in italiano, per rafforzarle e renderle comprensibili a tutti.

Contemporaneamente il lavoro si sviluppa sullo studio del logo, della campagna. Si pensa ad un animale che vive portando sempre con se la propria casa e ci concentriamo sulla tartaruga: è un animale che ispira simpatia, al cinema spesso è associato a personaggi saggi, che pensano prima di parlare (caratteristica, questa, associata alla lentezza e quindi al tempo per il ragionamento); è un animale che invecchia, diventa “anziano”, e piace ai bambini. La tartaruga diventa così il nostro testimonial, che apparirà su tutti i materiali prodotti per la campagna ed avrà un ruolo anche nei filmati realizzati per la comunicazione rivolta agli anziani ed ai bambini. Utilizzando la plastilina, viene costruita la tartaruga, con la casetta e un’espressione sorniona e divertita, che ben si adatta a chi, grazie all’esperienza, deve intervenire per dare consigli e suggerimenti saggi.

Individuato il testimonial, la tartaruga rassicurante e saggia, si è lavorato all’headline²⁷ e si è lavorato sul concetto di casa e sicurezza, evitando di porre l’accento della comunicazione sul pericolo e sul rischio, che costituiscono un messaggio negativo e terrorizzante, da non associare all’idea di casa, luogo rassicurante. Nasce così “Casa salvi tutti”, che riprende la frase “tana salvi tutti” o “tana libera tutti” del gioco del nascondino, utilizzata per “salvare” tutti i concorrenti. Anche le varie azioni della campagna, che offrono consigli e rimedi, cercano di salvare tutti dai grandi e piccoli pericoli che la casa nasconde, perché la casa sia ancora di più la tana sicura in cui star bene, senza farsi male.

I lavori proseguono, ma dal film si passa all’animazione: già per il film “Arturo, Anita e gli incidenti domestici” erano stati realizzati tre brevi animazioni, con la tecnica del “passo uno”/stop motion, con personaggi in plastilina²⁸. È una tecnica che richiede grande perizia nella costruzione dei personaggi e nella realizzazione dei movimenti. Si basa sulla velocità del cinema che scompone un secondo di film in 24 fotogrammi che, proiettati di seguito, consentono di vedere i movimenti fluidi sullo schermo. Questi brevi filmati vanno a costituire il primo nucleo di “spot” di sensibilizzazione sugli incidenti domestici con personaggi animati, che diventerà parte integrante della campagna di comunicazione.

Il lavoro realizzato per anziane e anziani viene sviluppato anche sugli incidenti domestici che possono capitare a bambine e bambini. Si realizzano gli spot in plastilina: cinque filmati della durata di un minuto ciascuno e due spot ridotti a trenta secondi per i passaggi televisivi. Il tono è

27 In gergo pubblicitario la “headline” è lo slogan, la frase in grado di catturare l’attenzione del pubblico e veicolare il messaggio principale della campagna.

28 Sono le animazioni che scorrono alla televisione che Arturo sta guardando mentre la moglie pulisce in casa.

lo stesso: occorre informare senza spaventare, quindi utilizzare l'ironia affinché i filmati riescano a comunicare l'idea che vi sono situazioni in casa che possono diventare pericolose per bambini e bambine, ma non lo sono per genitori e adulti. Si procede con lo studio dei personaggi della nostra famiglia, alle prese con pericoli e incidenti domestici: bimba, bimbo, mamma e papà. Ogni personaggio avrà delle caratteristiche che negli spot verranno delineate: la bambina si salva incredibilmente da situazioni pericolosissime, il papà è spesso distratto, alla mamma non sfugge niente ed il bambino trasforma la casa in un parco giochi e così la vasca da bagno diventa una piscina nella quale tuffarsi e la libreria una parete da scalare. Componente fondamentale della famiglia è un cagnolino, che vigila sui bambini e spesso risolve le situazioni, pagandone le conseguenze.

Ognuno dei 5 spot, complessivamente sono cinque quelli relativi ai rischi associati ai più piccoli, è collegato ad un ambiente della casa (il bagno, la cucina) o a situazioni di pericolosità che si possono trovare all'interno delle abitazioni (mobili scalabili, elettricità, sostanze tossiche e velenose). Il tono della comunicazione rimane divertente e paradossale, con l'idea di far conoscere i pericoli senza mostrare gli incidenti e gli effetti traumatici. Per questo, i protagonisti dello spot non si fanno mai male e si salvano da ogni situazione pericolosa: nello spot "in cucina" la bambina si aggrappa ad un tagliere sul quale sono appoggiati numerosi coltelli, facendoli volare in aria, e le lame si conficcano intorno al cagnolino che manda un sospiro di sollievo per lo scampato pericolo; nello spot sui mobili scalabili il bambino scala un mobile vestito da alpinista, in cordata con la sorellina che dondola appesa alla cintura, con il suo ciuccio, tranquilla; nello spot "in soggiorno" la bambina, imitando la mamma che lavora la lana con i ferri, realizza con i cavi elettrici un maglioncino per il cagnolino a dir poco elettrizzante!²⁹

Ultimati gli spot si dà il via alla produzione del film per bambini e bambine, nel quale vedremo una famiglia a casa "Casa salvi tutti"³⁰. L'idea è quella di proporre una situazione divertente, con figli e genitori che stanno insieme e giocano. Il gioco scelto riprende appunto lo slogan della campagna "Casa salvi tutti" ed è quello del nascondino, gioco che vede uno dei partecipanti contare ad occhi coperti per dare il tempo agli altri di nascondersi e poi andare a cercarli. Il papà e i due bambini stanno giocando in attesa che sia pronto il pranzo. Ogni tanto si vedrà la mamma in cucina alle prese con i fornelli, una situazione di assoluta normalità ma anche di pericolo perché l'utilizzo di sostanze bollenti è spesso causa di incidenti domestici.

La bambina di quattro anni dopo la conta inizierà a girovagare per la casa in cerca del papà e del fratellino. Così facendo, essa gira per casa da sola: questo è un escamotage pensato per fare girare la bambina in casa da sola, ma senza accusare implicitamente gli adulti di negligenza. Lo spettatore la segue in questa ricerca, e scopre con la bambina una serie di situazioni pericolose per i più piccoli. Tra l'altro, per i bambini è naturale cercare chi si è nascosto guardando ovunque, anche dentro un armadietto, dietro ai detersivi, e questo consentirà di esplorare anche l'interno di alcuni mobili nel quale vengono conservate sostanze pericolose. Al fine di segnalare questa pericolosità, si decide di realizzare molte riprese soggettive, in modo da vedere la casa attraverso gli occhi della bambina, per mostrare l'appartamento con una prospettiva diversa che rende gli spigoli di un tavolo molto pericolosi per chi è alto un metro. Per rendere al meglio questa esplorazione della casa in soggettiva, giriamo molte riprese con una steady-cam, attrezzatura che consente movimenti fluidi e di grande efficacia. Il film, in pratica, lavora sul concetto del punto di vista, per stimolare gli adulti a guardare le cose e la casa mettendosi nei panni dei più piccoli.

²⁹ I personaggi degli spot "Incidenti domestici – bambini e bambine" e gli storyboard sono realizzati da Francesca Rucci.

³⁰ Soggetto e sceneggiatura: di Federica Contoli, animazioni di Francesca Rucci, regia di Massimiliano Valli, produzione di Mauro Bartoli. Gli interpreti sono Matilde Bartoli (bambina di quattro anni), Riccardo Loreti (bambino di due anni), Elisa Palma (mamma), Valerio Raggi (papà).

Nel filmato, ogni una situazione di rischio viene sottolineata da un richiamo sonoro e da una voce che ne evidenzia la pericolosità. Subito dopo, con l'ausilio di alcuni effetti grafici, viene fornita e mostrata la soluzione (ad esempio, “ruotare i manici verso l'interno”, nel caso di una padella sul fuoco). Questa modalità narrativa consente di vedere il filmato per intero, ma si presta anche per una visione con interruzioni e pause, che consente spiegazioni ed approfondimenti in occasione delle varie situazioni di pericolo presentate. In sostanza, ogni volta che si assiste ad una situazione di pericolo, segnalata dal trillo sonoro, si può fermare la proiezione e interagire con il pubblico per chiedere cosa si è visto che non funziona, come si potrebbe fare per risolvere i problemi.

Il filmato si presta quindi a presentazioni pubbliche nelle quali la visione è accompagnata e guidata da un esperto, in occasione di incontri con i genitori promossi dalle scuole, nei corsi di preparazione al parto o nell'ambito di iniziative promosse per sensibilizzare gli adulti sulla problematiche degli incidenti domestici. Allo stesso tempo questo è un prodotto autonomo, che può andare in proiezione nelle sale d'attesa degli ambulatori pediatrici.

I materiali audiovisivi a disposizione del Piano di prevenzione degli incidenti domestici sono così al completo: 3 “spot” con personaggi in plastilina con i rischi più frequenti nella popolazione anziana, 5 “spot” con personaggi in plastilina con i rischi più frequenti nei bambini, il filmato “Arturo, Anita e gli incidenti domestici” rivolto alla popolazione anziana e il filmato “Casa salvi tutti” dedicato ai rischi per i più piccoli. Vengono nel frattempo prodotti i gadget (una tartaruga paraspigoli per i più piccoli e una luce illumina passi per la popolazione anziana) e l'identità visiva viene declinata anche per i supporti cartacei³¹: vengono ideati e prodotti manifesti con i rischi più frequenti per la popolazione anziana e per i più piccoli, rieditati gli opuscoli informativi multilingue sul rischio di incidenti domestici nei bambini (corredati di checklist di verifica delle situazioni di rischio nelle case) utilizzando gli stessi personaggi in plastilina che sono i protagonisti degli “spot” e, ovviamente, il logo della campagna.

Nel giugno 2010 viene lanciata la campagna di comunicazione regionale associata al Piano di prevenzione³², che consiste in passaggi televisivi degli spot in plastilina, diffusione tramite dvd degli “spot” (per la proiezione nei monitor delle strutture sanitarie e nelle sale d'aspetto), utilizzo dei filmati nell'ambito degli interventi previsti dal piano, e diffusione dei materiali cartacei (locandine 50x70) in tutto il territorio regionale.

³¹ L'elaborazione dei materiali cartacei è ad opera dell'Agenzia Tracce di Modena.

³² Tutta la campagna di comunicazione regionale è stata supervisionata e coordinata da Marta Fin (Agenzia di Informazione e Comunicazione della Giunta regionale).

Immagini dal set “Arturo, Anita e gli incidenti domestici”.



Arturo guarda se stesso negli spot in plastilina che passano alla televisione

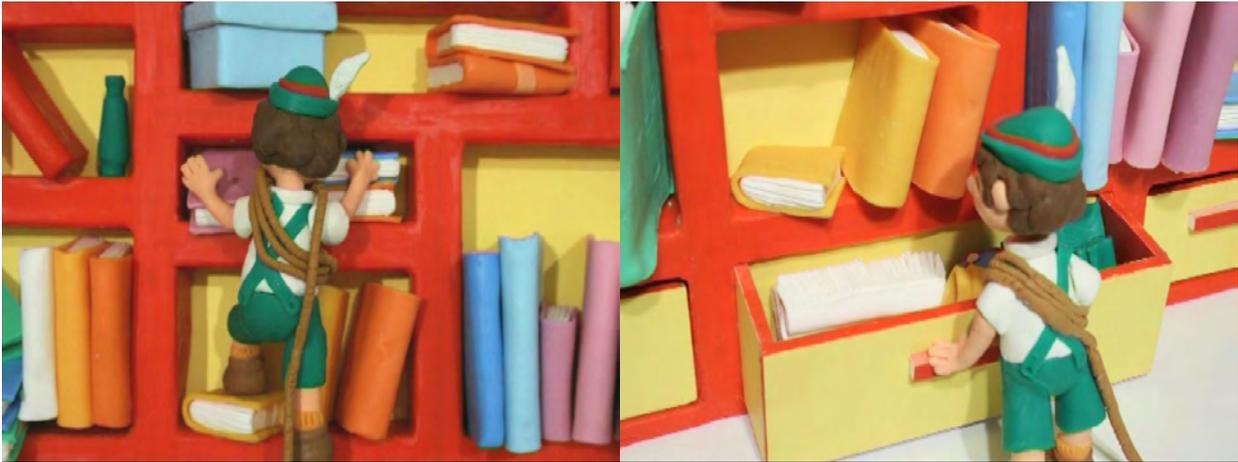




Il personaggio Arturo degli spot in plastilina



Spot in plastilina: mobili scalabili



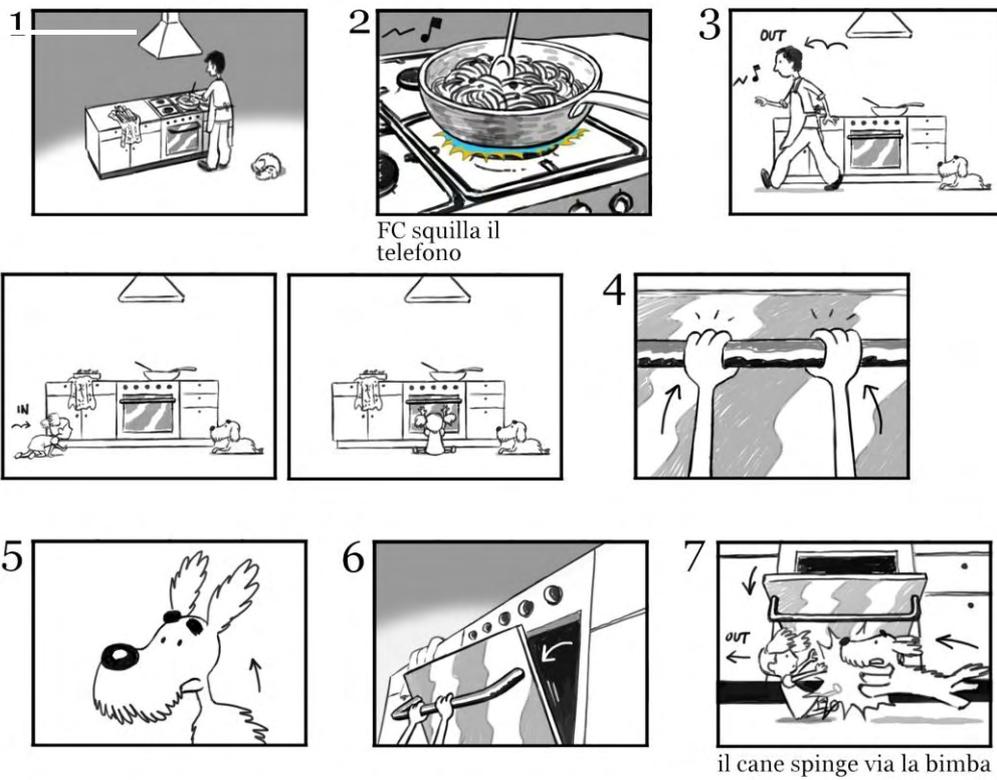
Spot in plastilina: pericoli in bagno



Spot in plastilina: storyboard “Elettricità”



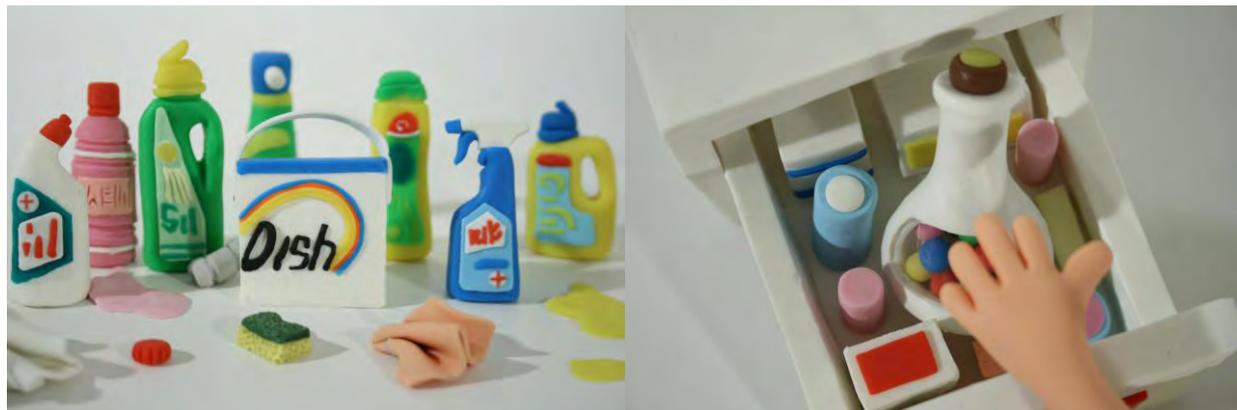
Spot in plastilina: storyboard “Pericoli in cucina”



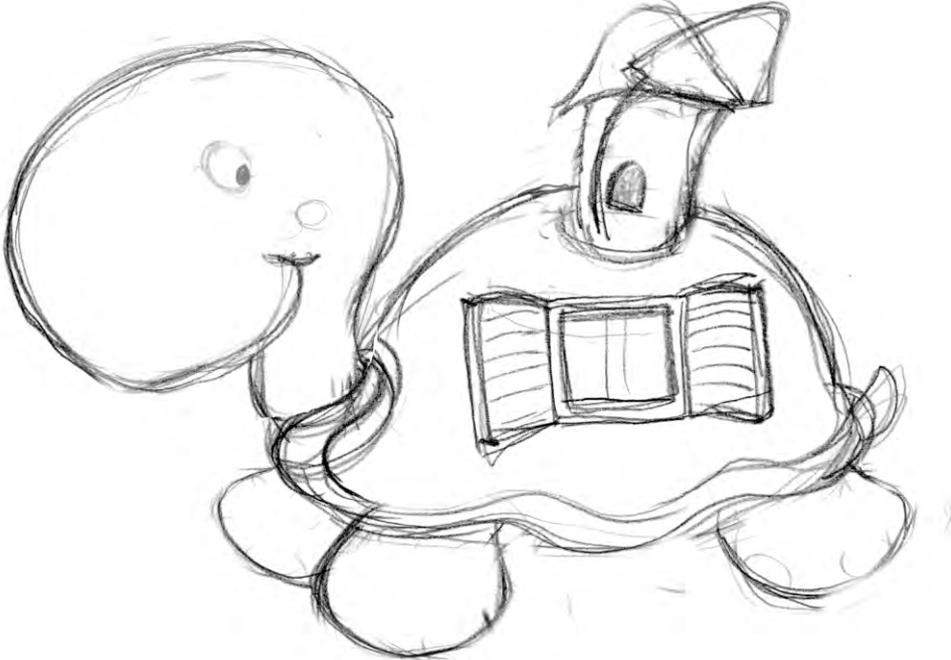
Spot in plastilina: pericoli in cucina



Spot in plastilina: “Avvelenamenti e farmaci”



Studio del logo



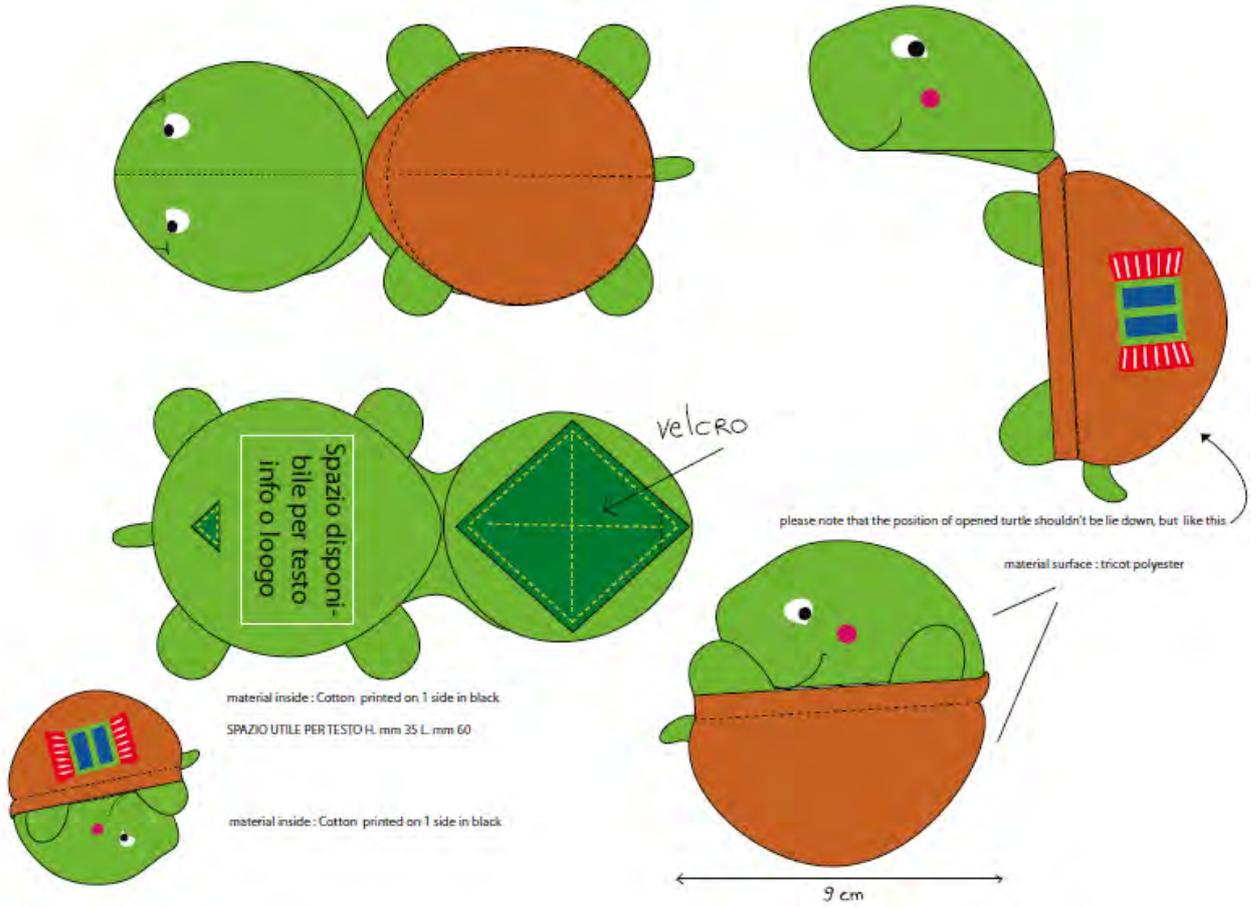
La tartaruga in plastilina “testimonial” della campagna



Logo e headline della campagna



Studio del gadget tartaruga-paraspigoli



Alcune pagine dell'opuscolo "Attenti a quei due!" (nelle versioni in lingua italiana, inglese, francese e araba)



الحمام : جاذبية محتمة

في الحقيقة كان يعجبني اللعبة بالماء أكثر مني الغسل . لكن كان الواجب الحذر. كانت أمي تقول لي أن في الحمام صديقين : الماء والكهرباء. أصدقاء ذو نفع، لكن يلزم دائما ابعادهم وإلا فيصبحان خطر مود..حقيقي. الصداقة تحب الاحترام، فصداقة طويلة تلتزم شروط واذ



Ma chambre : Mon univers

Vous voyez, ces petits trous étranges dans les murs ? Ce sont des prises de courant. La première fois que je les ai vues, j'ai essayé d'y enfoncer un doigt. Elles semblaient faites exprès pour ça. Heureusement Papa avait été plus prévoyant que moi. Et il avait déjà fait installer les prises avec le label de sécurité, c'est à dire celles avec des petits « verrous » internes (« les caches » comme les appelle papa) qui devaient m'empêcher d'y enfoncer tous les objets effilés qui me tombaient sous la main.



Attenti a quei due!

- SOCKETS**
Sockets bearing the safety mark installed to prevent small children inserting a finger and getting an electric shock.
- TOYS**
They must be stowed away in a place where children cannot reach them. Electrical toys - buy those which have been made according to safety standards. Be careful with toys that state "to be used under the supervision of adults" - respect the rules! Check the batteries - if they are damaged they can release toxic acids.
- COT**
It must be sturdy and fitted with safety bars. The sides must be at least 80cm in height and, to avoid the child getting their head stuck, the distance between the bars should not exceed 5cm.
- PILLOW**
In order to avoid the risk of suffocation the pillow should neither be too soft nor too large. One can buy foam cushions which have air canals for breathing even when the child is lying on their stomach. Remember that up until one year old it is recommended the baby is put to sleep on their back.
- MOSQUITO NET**
To protect children from insect bites during the summer choose the mosquito net - it protects and, at the same time, guarantees air and light flow.
- BABY-CHANGING TABLE**
The top must be sturdy and stable and made of non-toxic, washable material at least 60x80cm in size. The child should never be left alone on the baby-changing table.

PROSPETTIVE: DAI RISULTATI AI PROSSIMI PASSI

Marinella Natali

Come si vede i risultati delle azioni attuate sono decisamente positivi, la partecipazione è stata buona ed il gradimento elevato. Nel Piano della Prevenzione regionale attualmente in vigore (2010-2012) tutti i temi affrontati con il piano precedente sono stati ripresi ed in parte rivisitati.

Dalla revisione del lavoro svolto nel primo triennio, per quanto riguarda gli interventi rivolti ai bambini, mentre l'alleanza con i servizi educativi, campo nel quale la Sanità pubblica ha una esperienza che viene da lontano, ha confermato ottimi risultati ed è stata riproposta per il secondo triennio tal quale, per quanto riguarda le famiglie dei nuovi nati si è deciso di affiancare l'intervento associato al percorso vaccinale ad altre modalità ed occasioni di contatto con i neo o futuri genitori attraverso interventi di comunicazione effettuati nei punti nascita e durante i corsi di preparazione al parto. Una riflessione specifica è stata effettuata sulla modalità di effettuazione dell'intervento che prevede l'accesso al domicilio del neonato e sulla efficacia nella comunicazione del rischio ai genitori stranieri visto, in primis, proprio lo scarso consenso all'accesso. Tale riflessione ha portato ad elaborare, in collaborazione con i mediatori culturali e il coordinamento di associazioni di donne straniere lo specifico progetto denominato *Donnecare* che sperimenta modalità di comunicazione più familiari ai diversi contesti culturali.

Per quanto riguarda il target anziani il modello messo a punto e sperimentato ha fornito buoni risultati in relazione al progetto che prevede gli accessi domiciliari dei volontari formati per la valutazione dei rischi presenti nell'abitazione e delle relative soluzioni praticabili. Questo intervento ha saputo cogliere le potenzialità delle reti primarie e secondarie del territorio sviluppando una alleanza tra queste ed i servizi sanitari che pienamente si colloca nell'ambito della sussidiarietà orizzontale permettendo di effettuare un intervento di provata efficacia a costi estremamente contenuti.

Sempre in relazione al target anziani, poi, l'intervento per la prevenzione delle cadute negli anziani fragili, attuato a livello sperimentale in un numero molto limitato di territori con l'obiettivo di valutarne la fattibilità organizzativa ed economica ed il gradimento in un contesto territoriale e culturale agli antipodi rispetto al luogo in cui è stato concepito e messo a punto, ha avuto risultati talmente incoraggianti da indurre il gruppo di coordinamento a riproporre, ampliandolo ad un campione più ampio di persone distribuito su tutto il territorio regionale, l'intervento modificando esclusivamente la parte del percorso che è risultata meno efficace, e cioè quella del reclutamento. Nel secondo round, infatti, sono previste una serie di diverse modalità di reclutamento con l'obiettivo di traghettare questo intervento di contrasto della fragilità da una dimensione sperimentale ad una prassi di lavoro del Servizio Socio Sanitario Regionale. Va in tal senso anche la progressiva attivazione in tutte le AUSL del "Nucleo cadute", gruppo di lavoro interprofessionale che ha come obiettivo una presa in carico del fenomeno a tutto tondo.

A livello sperimentale, infine, è prevista l'attivazione e la messa a regime nelle strutture residenziale e semiresidenziali per anziani di un sistema di monitoraggio delle cadute e di

prevenzione delle stesse attraverso l'attivazione di azioni di miglioramento strutturale, organizzativo e di potenziamento del tono muscolare e dell'equilibrio degli ospiti.

APPENDICE: IL PIANO DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI: FATTI E NUMERI (ANNI 2007-2011)

P1 - Riduzione del rischio di caduta nell'anziano fragile a domicilio - Intervento di promozione dell'attività fisica personalizzata nella popolazione anziana

Nel 2008 6 Az.USL della Regione hanno avviato un progetto sperimentale³³ rivolto a ultraottantenni che nell'arco dell'anno precedente hanno subito una caduta. Esso prevede la somministrazione di un programma specifico di attività fisica e fisioterapica adattato ad ogni persona, con il supporto dei terapisti della riabilitazione delle Az.USL.

Obiettivo dell'intervento e selezione della popolazione target

Lo scopo della sperimentazione era quello di valutare la fattibilità e l'eventuale applicabilità in ambito locale di un modello che ha già dimostrato la propria efficacia in un altro contesto socio-culturale e organizzativo (il cosiddetto Protocollo Otago³⁴). Il programma si rivolge ad anziani ultraottantenni residenti al proprio domicilio con un episodio di caduta nei dodici mesi precedenti l'intervento³⁵.

Sono criteri di inclusione nel programma:

- avere più di 80 anni;
- avere una anamnesi di caduta nei 12 mesi precedenti;
- disponibilità ad aderire al programma.

Vengono esclusi coloro che:

- hanno importanti disabilità;
- hanno gravi difficoltà visive;
- hanno gravi compromissioni dell'autonomia deambulatoria;
- sono presenti controindicazioni cliniche alla partecipazione al programma.

Per quel che riguarda la selezione del campione, i soggetti reclutati vengono selezionati in base alle anagrafiche depurate dei titolari di accompagnamento e dei non vedenti. Questo passaggio avviene in stretta collaborazione con il DSP, il Servizio Assistenza Anziani (SAA) e i Medici di Medicina Generale (MMG). Al campione di anziani così individuati viene sottoposto un questionario telefonico per verificare la presenza di alcune abilità e la disponibilità a partecipare.

³³ Per un approfondimento metodologico sul progetto si veda l'intervento di Salsi/Cenni.

³⁴ Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. "Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data" J Am Geriatr Soc 2002; 50:905-911

³⁵ Sono esclusi i titolari di assegno di accompagnamento ed i non vedenti.

Articolazione del programma P1

L'intervento si basa su accessi domiciliari e telefonate: dopo la selezione della popolazione target e il reclutamento attraverso interviste telefoniche, nel corso delle prime 8 settimane vengono effettuati 3 accessi domiciliari intervallati da 3 richiami telefonici (cadenzati secondo lo schema in Tabella 3), successivamente prosegue la supervisione telefonica mensile fino ai 12 mesi dall'inizio del programma per rinforzarne l'adesione. Infine viene somministrato un questionario e vengono raccolti i dati relativi alle cadute intercorse dall'inizio del programma, l'aderenza al programma stesso nonché il gradimento dell'intervento nel suo complesso.

Tabella 4: Programma intervento P1

Periodo	Inizio del programma	2° settimana	3° settimana	4° settimana	6° settimana	8° settimana	Mensilmente fino a un anno
<i>Interventi</i>	Accesso domiciliare	Richiamo telefonico	Accesso domiciliare	Richiamo telefonico	Richiamo telefonico	Accesso domiciliare	Richiamo telefonico
Valutazione	→		→			→	
Progressione			→				
Verifica programma		→		→	→	→	→
Verifica cadute				→	→	→	→

In particolare al primo accesso domiciliare il fisioterapista:

- presenta il programma e fornisce le motivazioni;
- raccoglie la storia del paziente ed eventuali fattori condizionanti il programma;
- esegue una valutazione di forza ed equilibrio mediante i test prescelti;
- prescrive un set personalizzato di esercizi tra quelli selezionati (indicando per ciascuno di essi il grado di difficoltà adeguato) e, se possibile, un piano di deambulazione in sicurezza;
- confeziona e consegna l'opuscolo degli esercizi scelti in modo personalizzato;
- addestra l'anziano all'esecuzione degli esercizi e lo invita a ripeterli secondo lo schema;
- ricorda di interrompere il programma e avvisare in caso di malattia o caduta;
- prende appuntamento per la visita successiva.

Nelle settimane successive, attraverso i richiami telefonici e gli ulteriori accessi a domicilio viene verificato il corretto svolgimento degli esercizi mantenendo un contatto diretto e costante con l'anziano che partecipa al programma.

Partner di progetto e formazione

Il progetto è gestito dai terapisti della riabilitazione dell'Azienda USL, con il coordinamento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica aziendali. La formazione è stata effettuata a livello regionale con il coinvolgimento di due FT esperti per ogni territorio partecipante ed è stata preceduta da una iniziativa informativa per i diversi servizi coinvolti. Il gruppo di lavoro in ogni Azienda è formato da:

- referente Aziendale del piano di prevenzione degli incidenti domestici;
- fisioterapisti;
- geriatri;
- medici di medicina generale;
- operatori sociali;
- assistenti sanitarie.

Materiali elaborati a supporto del programma

Sono stati elaborati i seguenti materiali:

- questionario telefonico di valutazione e richiesta di adesione;
- scheda per valutazione di forza ed equilibrio;
- selezione di esercizi;
- schede da lasciare a domicilio con gli esercizi selezionati (pacchetto uomo/ pacchetto donna);
- scheda per intervista telefonica aderenti al programma;
- valutazione preliminare tempo dedicato progetto;
- valutazione preliminare tempo dedicato coordinamento;
- programma formazione.

Esiti della sperimentazione

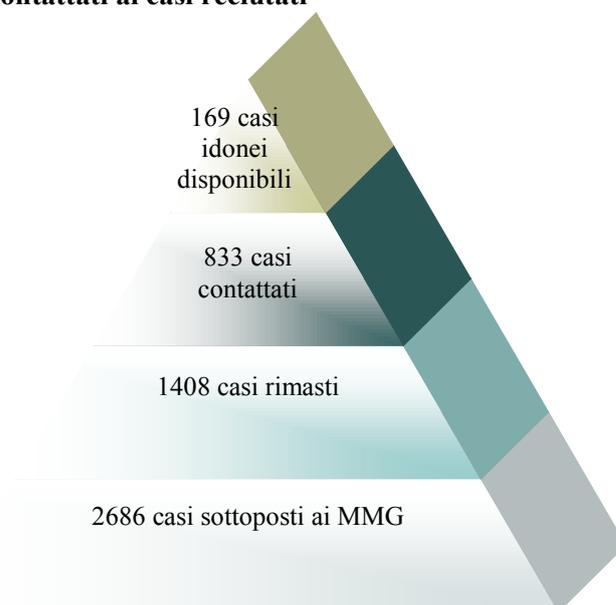
Successivamente alle attività di formazione dei fisioterapisti esperti in ogni territorio, nel 2008 il programma è stato avviato nelle AUSL che hanno aderito alla sperimentazione³⁶; Piacenza, Modena, Bologna, Imola, Forlì, Rimini. Per quel che riguarda gli esiti di questa prima fase sperimentale, il progetto ha dato importanti risultati.

La fase più onerosa del progetto è stata quella del reclutamento dei casi: si è partiti con un elenco di oltre 2600 nominativi, dai quali, con successive scremature effettuate in collaborazione con i MMG si è arrivati ad un elenco di 833 casi che sono stati contattati telefonicamente. Di questi, 88 non sono stati rintracciati, 346 si sono rivelati non idonei, 230 seppure idonei non hanno dato disponibilità a partecipare al programma e infine 169 si sono rivelati idonei ed hanno dato disponibilità ad aderire al programma. Di fatto, per ciascun anziano

³⁶ L'adesione al programma in questa fase sperimentale è stata volontaria, si sono rese disponibili 6 Aziende USL per un totale di 12 comuni con una buona distribuzione sia amministrativa sia territoriale

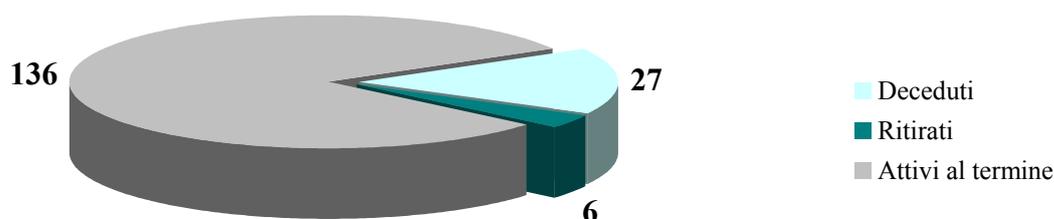
che effettivamente è entrato nel programma si sono fatti prima 5 tentativi con altri anziani andati a vuoto.

Grafico 2: Dai casi contattati ai casi reclutati



Dei 169 casi coinvolti nel programma, al termine dei 12 mesi 136 erano attivi e riferivano di continuare a svolgere gli esercizi e il programma di passeggiate consigliato, 27 hanno interrotto il programma e 6 sono deceduti.

Grafico 3: Aderenza al programma a 12 mesi dall'inizio



Per quel che riguarda le cadute, sui 169 casi che hanno aderito al programma, nell'arco dei 12 mesi si sono registrate nel complesso 23 cadute, delle quali 18 senza esiti e 5 con esiti (1 trauma cranico e 4 contusioni lievi, 0 fratture). La causa riferita delle cadute è in 3 casi svenimento e in 20 cause motorie.

I dati relativi al gradimento del programma fanno riferimento principalmente a 3 indicatori: cambiamento percepito; gradimento del programma di esercizi; gradimento del programma di cammino proposto. In tutti i casi gli esiti del programma appaiono positivi, in particolare, rispetto al cambiamento percepito, 100 anziani riferiscono maggiore sicurezza, 65 meno

affaticamento, 69 escono più volentieri dalla propria casa, 7 non riferiscono alcun giovamento; nessuno riferisce peggioramenti.

Rispetto al gradimento del programma di esercizi proposto, le valutazioni sono nettamente sbilanciate verso l'asse positivo "facili – poco faticosi – gradevoli" (89% delle risposte), mentre meno numerose sono i giudizi negativi "difficili – faticosi – sgradevoli" (11%). Infine, si registra un elevato gradimento anche il programma di cammino (132 giudizi positivi e solo 4 negativi).

Conclusioni e considerazioni di sintesi

Considerando che lo scopo dell'intervento non era tanto quello di verificare la validità del protocollo Otago, quanto piuttosto la possibilità di adattare questo programma al contesto culturale emiliano-romagnolo, i dati relativi all'aderenza al programma ne confermano la fattibilità, dal momento che oltre l'80% dei casi reclutati era attivo al termine del programma. Una volta reclutato il campione iniziale, in larga parte l'adesione al programma rimane costante nel tempo e una piccola percentuale di anziani lo abbandona prima del termine (considerando anche che in alcuni casi l'abbandono non è volontario ma dovuto a decessi o all'insorgere di patologie non legate allo svolgimento del programma). Le rinunce successive al primo accesso o dopo un primo contatto telefonico sono per lo più dovute a diffidenza. Superato il primo momento ed avviato il programma di attività motoria che diventa consuetudine, a parere dei fisioterapisti si è ottenuta una risposta estremamente positiva, con l'innescarsi di cambiamenti significativi anche nello svolgimento di attività quotidiane in autonomia (ad es. andare nell'orto, andare a trovare gli amici ecc...).

Non è trascurabile il fatto che dati relativi alle cadute registrati nella sperimentazione sono ampiamente in linea con le prove di efficacia del programma Otago: i numeri ci dicono che la popolazione ultraottantenne che è già caduta ha il 50% di probabilità di cadere nuovamente entro l'anno successivo alla caduta. Tra i casi che hanno aderito al programma la percentuale di caduti a 12 mesi dall'avvio del programma è del 13,6%, in altri termini le cadute attese erano circa 85 mentre quelle effettive sono state di oltre 3 volte inferiori al numero atteso.

Inoltre per quel che riguarda i dati relativi al gradimento dell'iniziativa, anche questi confermano il successo del programma con un alto livello di gradimento riferito.

In conclusione la sperimentazione dimostra la trasferibilità nel nostro contesto del programma di attività fisica; i fisioterapisti hanno ottenuto un'alleanza terapeutica efficace con gli anziani, seppure con un impegno di tempo limitato. Nel medio periodo, inoltre, il programma individualizzato e mirato, sembra avere indotto modificazioni nello stile di vita degli anziani.

Non ultimo, il basso costo medio dell'intervento per ogni anziano (stiamo in 346 euro), raffrontato alle prove di efficacia del programma, prova che l'intervento è in grado di garantire un risparmio notevole calcolato sulla spesa sanitaria media che si sarebbe dovuta sostenere per la presa in carico dei fratturati in assenza del programma stesso.

Per quel che riguarda le criticità incontrate, la fase più complessa appare essere quella del reclutamento del campione, per il quale risulta determinante l'intervento del medico di base nel fornire un primo elenco di nominativi e proporre direttamente ai propri assistiti la partecipazione al programma. Per ovviare a questo aspetto nella fase successiva alla sperimentazione (prevista dal nuovo piano di prevenzione degli incidenti domestici 2010-2012) ciascuna Azienda è stata lasciata autonoma nel decidere quali modalità di reclutamento adottare. Sempre nel nuovo piano, visto l'esito positivo della sperimentazione, è previsto che in almeno il 50% dei Distretti della Regione venga reclutato almeno l'1% degli anziani sugli elegibili.

P3 - Riduzione del rischio negli anziani attraverso l'effettuazione di visite domiciliari per la rilevazione di aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, la fornitura di dispositivi a basso costo ed interventi informativo/educativi

P5 - Riduzione del rischio di incidente domestico negli anziani attraverso l'effettuazione di interventi informativo/educativi strutturati.

L'intervento è strutturato in un modello operativo che unisce un primo momento pubblico finalizzato a focalizzare l'attenzione sul problema degli incidenti domestici (P5) e ad un primo contatto con anziani volontari che andranno poi successivamente formati per effettuare gli accessi domiciliari (P3). Il progetto si basa su una evidenza di maggior efficacia nella comunicazione del rischio che avvenga nell'ambito di una relazione di fiducia ed all'interno della abitazione dell'interessato.

Obiettivo dell'intervento e popolazione target

I progetti P3 e P5 concorrono entrambi alla realizzazione dell'obiettivo della prevenzione attraverso attività di formazione e informazione sul rischio di incidenti domestici nella popolazione anziana di ultrasessantacinquenni.

Il target dell'intervento è la popolazione adulta di over 65enni che accede ai luoghi di aggregazione sociale (centri anziani, circoli sindacali, parrocchie, associazioni sportive e ricreative, università della terza età, etc.).

Articolazione del programma P3-P5

Nei luoghi di aggregazione (centri anziani, centri sociali, ecc..) vengono organizzati incontri di educazione alla salute e alla prevenzione del rischio (P5). Alcuni volontari anziani così formati ("esperti") effettuano successivamente accessi domiciliari presso le abitazioni di altri coetanei che hanno dato la propria disponibilità a partecipare al programma (P3). Durante l'accesso domiciliare i volontari "esperti" individuano le fonti di rischio potenziali o effettive presenti nell'abitazione degli anziani che ricevono la visita e, con il supporto dello strumento operativo (checklist) predisposto dai referenti regionali, indicano le soluzioni e gli accorgimenti utili a ridurre il rischio di incorrere in incidenti domestici.

Sono in particolare previsti i seguenti passaggi:

1. Organizzazione di un incontro informativo alla presenza di operatori dell'AUSL; l'incontro viene aperto da un breve filmato che introduce l'argomento, prosegue con una illustrazione dei rischi presenti in casa e delle relative soluzioni, sia dal punto di vista strutturale che dei comportamenti (parte comune P3 e P5).
2. Reclutamento degli anziani volontari disponibili ad effettuare gli accessi (volontari "esperti") nel luogo di aggregazione presso il quale si è svolto l'incontro formativo. Questa scelta progettuale è determinata dalla maggiore efficacia della relazione tra pari (vedi intervento di Palazzi).
3. Offerta di un accesso domiciliare ad anziani interessati a ricevere la visita dei volontari (i "pari"). Le modalità di raccolta dell'adesione possono essere diverse:
 - raccolta adesione contestuale all'effettuazione dell'incontro formativo;
 - passa-parola tra pari;

- proposta del programma ad anziani familiarizzati agli accessi domiciliari (perché partecipano ad altri programmi nei quali è previsto l'accesso);
 - invio di lettere agli anziani che riceveranno la visita, contenenti la lista dei nomi dei volontari "esperti";
 - presentazione dei volontari in occasione degli incontri pubblici di informazione (P5).
4. Effettuazione della visita domiciliare per la valutazione dei rischi sulla base di una semplice check-list elaborata dal gruppo di lavoro. Durante la visita sono fornite informazioni relative a comportamenti sicuri ed al miglioramento di aspetti organizzativi e strutturali dell'ambiente domestico. In caso di ambienti domestici particolarmente problematici può essere effettuato un sopralluogo più approfondito da personale DSP oppure possono essere contattati per una consulenza i centri provinciali di primo e secondo livello per l'adeguamento dell'ambiente domestico (CAAD).

Partner di progetto e formazione

L'intervento è stato progettato da un gruppo di lavoro composto dal gruppo regionale prevenzione incidenti domestici, esperti nella comunicazione del rischio, epidemiologi, esperti dei CAAD, funzionari del Servizio sanità pubblica e del Servizio governo dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza.

Per quel che riguarda lo svolgimento delle attività previste dal progetto, si sono tenuti, a livello regionale, incontri con le maggiori associazioni (AUSER, ANCESCAO, Sindacati pensionati SPI CGIL, CISL, UIL), disponibili ad un coinvolgimento nel progetto con le proprie articolazioni territoriali; con esse è stato inoltre avviato un percorso partecipato che ha portato alla elaborazione di un protocollo comune che disciplina l'apporto dei volontari al progetto. Nel 2009 è stato, infatti, redatto un protocollo tipo valido su tutto il territorio regionale per la realizzazione del progetto P3-P5, discusso e concertato con sindacati pensionati e associazioni del terzo settore; sono inoltre stati presi contatti con i referenti del PAR (Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana), utili anche per dare una visibilità al progetto.

Insieme alle Aziende USL coinvolte è stato determinante l'apporto delle associazioni di volontariato, AUSER, ADA, Anteas, Sindacati pensionati e centri sociali, e sono stati in taluni territori coinvolti anche CAAD e Università per Anziani, associazioni e circoli locali, parrocchie, Enti Locali (Servizi sociali, Uffici anagrafe), Quartieri e Tavoli di quartiere, Croce Verde, Croce Rossa, circoli ARCI (vedi intervento Lanzarini/Ballarini).

Materiali elaborati a supporto del programma

Sono stati elaborati i seguenti materiali, a supporto sia degli incontri di sensibilizzazione che della formazione specifica per volontari:

- materiali audiovisivi della campagna "Casa Salvi tutti" (filmato e spot);
- pacchetto formativo per volontari;
- check list.

Esiti della sperimentazione

Alla fine del 2011 tutte le Az.USL della Regione Emilia-Romagna hanno attivato il progetto³⁷. Per quel che riguarda gli aspetti formali a Parma, Reggio Emilia, Imola, Forlì e Cesena sono stati sottoscritti i protocolli con le associazioni partner di progetto. In tutti i contesti territoriali coinvolti sono stati effettuati diversi incontri di coordinamento propedeutici all'avvio del progetto.

Nel complesso, dal 2009 (quando il progetto è stato avviato) alla fine del 2011, sono stati effettuati 55 incontri pubblici per un totale di oltre 1300 persone che vi hanno preso parte. 117 sono i volontari che sono stati formati e si sono resi disponibili ad effettuare gli accessi domiciliari, mentre 96 sono gli accessi effettuati.

Tabella 5: dati e numero del progetto P3-P5 (anni 2008-2011)

	anno di inizio	incontri di coordinamento	incontri pubblici	partecipanti (totale)	soggetti partner	sottoscrizione protocollo	volontari formati	accessi effettuati
PIACENZA	2009	4	2	35	Sindacati pensionati, Centro per le famiglie			
PARMA	2010	2	1	50	AUSER, circolo ANSPI l'Incontro, ARCI Capannina Verde, Comuni di Sorbolo e Mezzani		8	55
REGGIO EMILIA	2009	7	5	100	Auser, Anteas, ADA Emmaus, CAAD Reggio Emilia, Tavoli di quartiere, Croce Verde, CGIL, CISL, UIL	Sì	12	
MODENA	2010	4	4	300	AUSER Circolo ricreativo AUSL, CGIL, CISL, Comuni di Modena e Spilamberto			
BOLOGNA	2008	5	4	80	Quartieri Savena - San Ruffillo, Parrocchia Corpus Domini Bologna, Ufficio Anagrafe Comune di Bologna, SPI CGIL, CISL, UIL, Univ.Anziani, AUSILIO		16	
IMOLA	2009	4	12	240	AUSER, SPI, Referenti centri anziani comunali, ANTEAS	Sì	20	14
CESENA	2009	4	18	370	AUSER, Centro sociale "Anziani Insieme" di Cesenatico, Sindacati pensionati	Sì	31	17
FORLÌ	2010	10	2	50	Associazione Mario Bondini, ANTEAS, A.D.A AUSER, CGIL, CISL, UIL	Sì	30	10
RIMINI	2008	3	3	35				
RAVENNA	2010	4	4	50	Collegio infermieri professionali IPASVI Ravenna, struttura "Emergenza Territoriale Centrale Operativa 118"			
TOTALE		47	55	1310			117	96

³⁷ Ad eccezione di Ferrara.

Tabella 6: dati di sintesi P3-P5

Incontri di coordinamento con i partner di progetto	47
Protocolli sottoscritti	4
Incontri pubblici effettuati	55
Partecipanti agli incontri pubblici (complessivi)	Oltre 1.300
Volontari reclutati per accessi domiciliari	117
Accessi domiciliari effettuati	96

Conclusioni e considerazioni di sintesi

Uno degli elementi particolarmente critici del progetto riguarda l'iniziale diffidenza da parte della popolazione anziana, che pone un limite sia al reclutamento dei volontari che alla disponibilità a ricevere visite dai volontari. Il coordinamento a livello locale e regionale con le associazioni e le loro articolazioni regionali ha contribuito al superamento di questa criticità grazie all'impegno nella redazione del protocollo prima citato chiarisce compiti, ruoli e funzioni dei volontari e inoltre la veste dell'ufficialità favorisce e migliora la collaborazione sia delle organizzazioni che dei volontari coinvolti.

È tuttavia importante sottolineare che laddove il progetto è riuscito a valorizzare le reti dell'associazionismo locale o a inserirsi in contesti con servizi al domicilio già attivi sul territorio, esso sta avendo buoni riscontri, con adeguato numero di richieste di accessi domiciliari e un ottimo riscontro in termini di gradimento, sia da parte degli anziani che ricevono gli accessi che da parte degli anziani "esperti" che effettuano i sopralluoghi. Questo aspetto, ovvero quello di appoggiarsi a servizi già esistenti e andare a rinforzare le reti esistenti appare al momento uno dei fattori chiave per la risoluzione delle criticità legate a questo progetto (vedi intervento Lanzarini/Ballarini).

P2 - Riduzione del rischio nei bambini attraverso l'effettuazione di visite domiciliari per la rilevazione di aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni, la fornitura di dispositivi a basso costo ed interventi informativo/educativi

Obiettivo dell'intervento e popolazione target

Si tratta di un progetto sperimentale associato al percorso di vaccinazione dei nuovi nati. Dopo un primo contatto con i genitori, gli operatori propongono un percorso formativo che segue, in tre momenti, i tempi del calendario vaccinale. Gli incontri puntano a verificare il grado di consapevolezza dei genitori sui fattori di rischio in casa. Di seguito la sequenza di attività associata al percorso vaccinale.

Il target dell'intervento è quello dei genitori di nuovi nati che accedono in un periodo di 30 giorni al Servizio di Pediatria di comunità per la somministrazione della prima dose vaccinale.

Tabella 7: articolazione del programma P2

	Attività
I dose	Somministrazione ai/al genitori/e di un questionario sulla percezione del rischio durante i 30 minuti di permanenza per la sorveglianza post vaccinale
II dose	Presentazione del programma, consegna di un opuscolo informativo sui rischi per i bambini in ambiente domestico e loro soluzioni, offerta di accesso domiciliare
Accesso domiciliare	Valutazione dell'ambiente tramite una apposita check list, attività di counseling su aspetti comportamentali sicuri e soluzioni agli eventuali problemi
III dose	Risomministrazione del questionario sulla valutazione del rischio sia in caso di accesso domiciliare che in caso contrario.

Partner di progetto e formazione

Il programma fa perno sulle Assistenti Sanitarie Visitatrici (ASV) delle Pediatrie di comunità che somministrano il questionario, effettuano i colloqui e svolgono le visite domiciliari, previo opportuno intervento formativo. Il colloquio previsto alla II dose prevede la partecipazione anche di personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica che può intervenire, su attivazione delle ASV per un sopralluogo più approfondito in caso di ambienti domestici particolarmente problematici.

Materiali elaborati a supporto del programma

Sono stati elaborati i seguenti materiali:

- programma formativo per docenti;
- pacchetto formativo;
- questionario sulla percezione del rischio;
- opuscolo informativo con acclusa checklist, nell'ambito della campagna regionale "Casa salvi tutti"(materiale disponibile in 8 lingue).

Nei primi mesi del 2008 è stata completata la formazione delle ASV con un programma che prevede una parte introduttiva sui rischi in ambiente domestico in età pediatrica, una panoramica epidemiologica ed un addestramento specifico sull'uso degli strumenti operativi appositamente elaborati (questionari – check-list).

Esiti della sperimentazione

È stato effettuato un primo “round” di sperimentazioni nei distretti di 5 territori (Piacenza, Parma, Modena, Bologna, Ravenna). Conclusa la fase sperimentale, nel luglio 2009, sono stati raccolti i dati relativi ed elaborati i primi risultati, che hanno evidenziato da un lato una buona adesione al programma (con una percentuale di consenso per gli accessi domiciliari del 55% sui genitori contattati) con ottimi dati di gradimento da parte dei genitori coinvolti, dall’altro alcune difficoltà nel raggiungere target specifici (in particolare la popolazione di stranieri).

Sulla scorta dei riscontri positivi della fase sperimentale, nel 2010/2011 il programma è stato esteso in tutto il territorio regionale; in alcuni territori il programma è stato portato avanti con alcune variazioni:

- a Cesena è stato avviato un programma specifico rivolto ai genitori stranieri ed il percorso è stato associato alle visite alla puerpera da parte delle AS della Pediatria di Comunità (prassi che è stata mantenuta in quel Distretto). In tale occasione si somministra il primo questionario e si chiede la disponibilità ad un secondo accesso al 10° mese di vita del bambino;
- a Piacenza e a Ravenna il percorso è stato associato agli incontri preparto o Percorsi Nascita e non al calendario vaccinale, sempre con l’offerta di visita domiciliare;

Nel II round di somministrazione (anni 2010/2011), sono stati modificati alcuni *items* del questionario di percezione del rischio per esigenze di maggiore chiarezza e, non ultimo, il questionario è stato tradotto in 8 lingue per facilitare la partecipazione dei genitori stranieri, così come l’opuscolo “Attenti a quei due” e la checklist acclusa.

Rispetto al target stranieri, inoltre, proprio sulla scorta degli esiti del progetto, nel Piano Regionale di Prevenzione degli incidenti domestici 2010-2012 è stato inserito un nuovo progetto rivolto nello specifico alle donne straniere, il progetto *Donnecare* (si veda oltre).

Presentiamo di seguito i dati aggregati e non dei due round di realizzazione del progetto (anno 2008 e anni 2010/2011)

Tabella 8: riepilogo contatti/accessi 2008-2011

Round	Piacenza		Parma		Modena		Bologna		Ravenna		Forlì		Cesena		TOTALE	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II		di cui stranieri
Questionari somministrati	43	95	22		29		52	249	27	28		46		57 ³⁸	648	125
Accessi effettuati	5	3	10		12		42	217	27	20		37		24	397	73

Dall’analisi quantitativa degli accessi domiciliari effettuati, nella loro globalità, emerge una buona adesione al programma da parte dei genitori dei piccoli, con una percentuale di assenso all’accesso domiciliare del 64,2³⁹%. La percentuale di genitori stranieri che acconsentono all’accesso domiciliare si discosta da questo dato di alcuni punti (58%), tuttavia occorre

³⁸ Il dato si riferisce a due diversi “round” di somministrazione, uno di 27 genitori contattati, dei quali 24 hanno acconsentito all’accesso e 3 no, l’altro da 30 genitori contattati nell’autunno del 2011 che però hanno solo compilato il I questionario e nel 2012 concluderanno il percorso.

³⁹ Per calcolare questa percentuale si è considerato come dato globale di genitori ai quali è stato somministrato il questionario quello di 618, togliendo dalla somma 648 i 30 genitori del II round sperimentale di Cesena (vedi nota precedente) che al 31.12.2011 non avevano ancora concluso tutti i passaggi previsti dal programma.

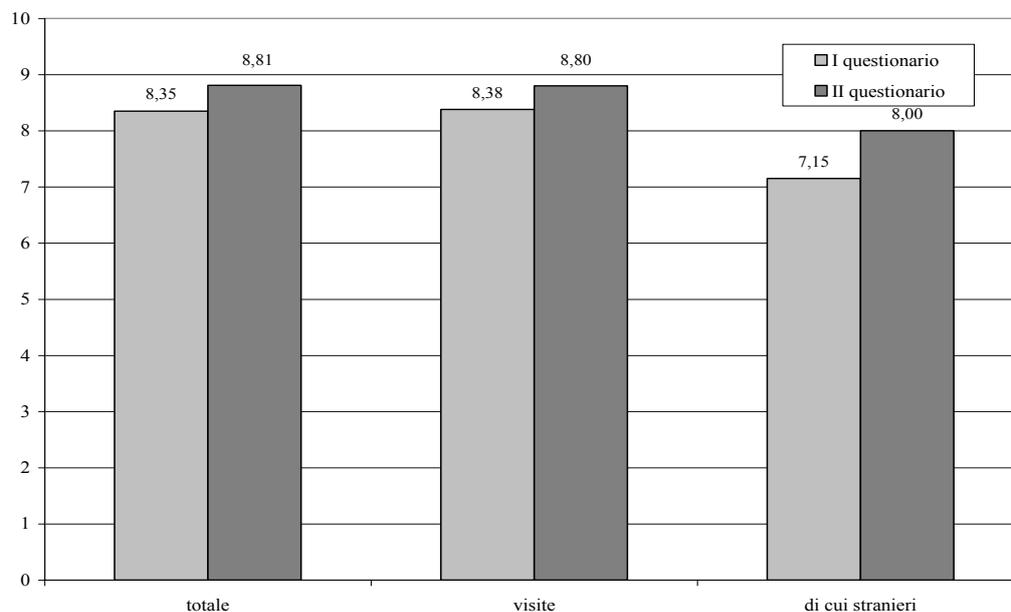
sottolineare che il dato aggrega anche valori riferiti ad esperienze che sono rivolte quasi esclusivamente a genitori stranieri (Cesena), quindi viene falsato da un campione che in questo senso è parzialmente distorto.

Per valutare, invece, l'efficacia dell'intervento sotto il profilo della sensibilizzazione al rischio, sono stati esaminati i questionari, dividendo i risultati ottenuti in due classi di target: coloro che hanno ricevuto la visita domiciliare e coloro che non l'hanno ricevuta. In entrambi i casi possiamo concludere che l'intervento formativo e informativo si è rivelato efficace: nella stragrande maggioranza dei casi nella II somministrazione del questionario il numero di risposte esatte è maggiore rispetto alle risposte esatte fornite nella prima compilazione del questionario. Un altro elemento valido in generale è che in linea di massima il "punteggio" di partenza è piuttosto alto (moda e mediana corrispondono a 9 domande esatte su 10 nel primo questionario). In questo senso si registrano punteggi inferiori presso la popolazione straniera che appare meno sensibilizzata a questo tipo di rischio, pur mostrando un miglior margine di miglioramento dell'attenzione rispetto al problema alla seconda somministrazione del questionario.

Tabella 9: punteggi ottenuti nei 2 round di somministrazione dei questionari (punteggi medi calcolati in risposte corrette sul totale di 10 domande)- dati aggregati anni 2008-2011

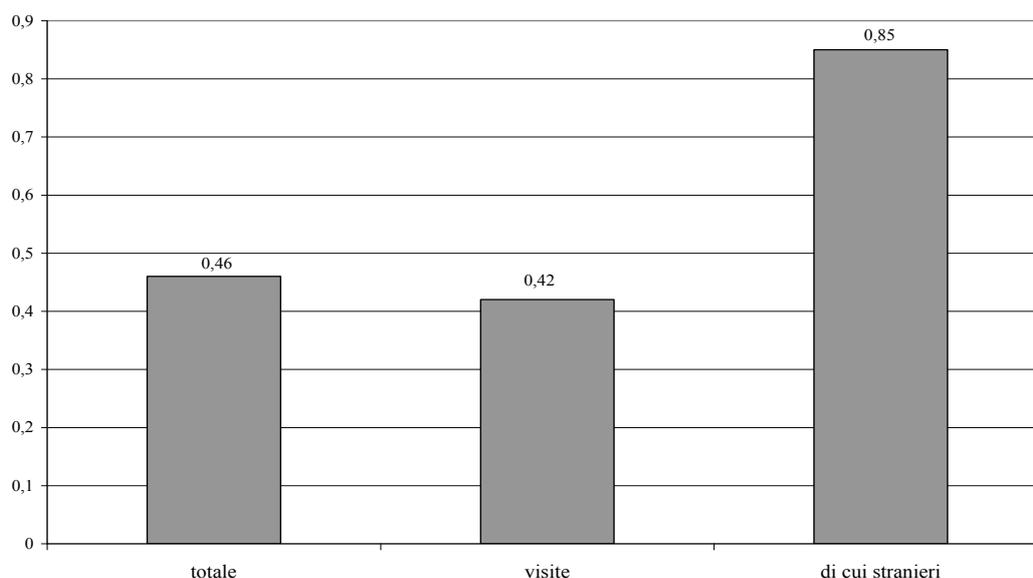
	Totale (media) Media delle risposte corrette (su un totale di 10 domande)	Gruppo accessi domiciliari Media delle risposte corrette nel gruppo che ha ricevuto la visita domiciliare (su un totale di 10 domande)	Stranieri con accesso domiciliare Media delle risposte corrette nel gruppo di genitori stranieri che ha ricevuto la visita domiciliare (su un totale di 10 domande)
Prima somministrazione	8,35	8,38	7,15
Seconda somministrazione	8,81	8,80	8,00
"Indice di miglioramento" (differenza tra le medie delle risposte corrette prima e dopo l'accesso domiciliare)	0,46	0,42	0,85

Grafico 4: andamento medio dei punteggi totalizzati dai diversi gruppi (totale, genitori che hanno ricevuto visite domiciliari, genitori che hanno ricevuto visite domiciliari e di nazionalità straniera) nel primo e secondo round di somministrazione del questionario



L'elaborazione delle risposte al questionario non ha rilevato in generale una associazione forte tra l'accesso domiciliare e un migliore risultato ottenuto nella compilazione del questionario (l'indice di miglioramento del target che ha acconsentito alle visite è di 0,42 punti, mentre quello del "campione di controllo" è di 0,46 punti). È invece evidente la capacità di miglioramento della popolazione non italiana, che parte da un punteggio inferiore nel questionario (rispondono in media a 7 domande circa corrette su 10 alla prima somministrazione) e ha un indice di miglioramento doppio rispetto al "campione di controllo" (il totale dei rispondenti al questionario).

Grafico 5: indice di miglioramento tra prima e seconda somministrazione del questionario di percezione del rischio



L'analisi delle check-list compilate dagli operatori direttamente nelle abitazioni dei genitori dei nuovi nati, ha permesso di rilevare quali sono gli elementi di che gli operatori hanno con maggiore frequenza riscontrato nelle diverse situazioni. L'indagine è stata condotta da diversi operatori: questo aggiunge una percentuale di errore dovuta alle diverse metodologie di rilevamento utilizzate, nonostante la compilazione di una griglia comune.

In ordine di maggiore ricorrenza di situazioni a rischio, abbiamo i seguenti elementi, che riguardano (sul totale delle visite effettuate) dai 3/4 dei casi a poco meno della metà dei casi (dall'84% al 40%):

84%: mobili con spigoli vivi ad altezza di bambino;

75%: forno ad altezza di bambino;

68%: detersivi, prodotti di pulizia e l'igiene della casa ecc... a portata del bambino;

65%: librerie, cassette o altri mobili scalabili;

62%: assenza di paraspigoli o barriere di protezione per i termosifoni;

59%: vetri o specchi non infrangibili ad altezza del bambino;

53%: mobili con antine di vetro o specchi;

52%: lavastoviglie apribile ad altezza di bambino;

44%: presenza di soprammobili in vetro raggiungibili dai bambini o su mobili instabili;

43%: presenza di elettrodomestici pesanti posti in alto con file elettrico accessibile ai bambini;

42%: strumenti da taglio non protetti e facilmente raggiungibili dai bambini;

40%: presenza di lampade a parete o da tavolo, radiosveglie accessibili dai bimbi.

Criticità e considerazioni di sintesi

Un primo confronto con gli operatori e i referenti aziendali che hanno sperimentato il progetto P2 negli anni 2008-2009 ha permesso di evidenziare alcuni fattori di debolezza ed efficacia della sperimentazione che sono stati presi in considerazione per strutturare l'intervento negli anni 2020-2011.

Le criticità maggiori della prima fase di sperimentazione hanno riguardato una generalizzata diffidenza alla richiesta di accesso domiciliare (vedi intervento Vicinelli/Ballarini), spesso legata al fatto che le operatrici non erano già note ai genitori, ancora più accentuata nel gruppo di genitori stranieri (per i quali tuttavia, a fronte di un minore livello iniziale di percezione del rischio, si confermano maggiori margini di miglioramento rispetto al gruppo di genitori italiani). Inoltre, rispetto ai genitori stranieri, un ulteriore elemento di difficoltà era dato dalla mancanza di materiale in lingua.

Negli anni 2010-2011 sono state sperimentate diverse modalità di somministrazione dei questionari (a Piacenza incontri nei percorsi nascita, a Cesena visite della pediatria di comunità), per superare le difficoltà legate da un lato al fattore diffidenza, dall'altro per ottimizzare le risorse in termini di tempo e personale impegnato nel programma.

Rispetto alle criticità riscontrate sul target "stranieri", oltre ad avere dedicato interventi specifici del progetto P2 (a Cesena), il nuovo progetto Donnecare, contenuto nel piano regionale di prevenzione 2010-2012 (in avvio nel 2012), ha l'obiettivo di raggiungere le donne straniere in contesti e con modalità a loro familiari avvalendosi del supporto di mediatrici e referenti di associazioni di donne straniere. Sempre per quel che riguarda i genitori stranieri, è stata

apprezzata la disponibilità di materiale tradotto in 8 lingue (opuscolo informativo, checklist e questionari di percezione del rischio). Viene tuttavia osservato che il questionario, soprattutto se proposto agli stranieri e tradotto, richiede agli operatori molto tempo per la compilazione.

È stata valutata in modo positivo dagli operatori anche la possibilità di proporre gli stessi contenuti in contesti diversi da quelli associati al percorso vaccinale (incontri pre-parto), poiché i genitori appaiono meno concentrati sulla vaccinazione e più disponibili all'ascolto.

Sono in generale positivi, sia nel primo che nel secondo round del progetto, i giudizi sull'efficacia dell'intervento e sul suo gradimento da parte dei genitori che hanno acconsentito all'accesso domiciliare, così come l'interesse e il gradimento da parte degli operatori coinvolti. Per i genitori gli accessi domiciliari hanno rappresentato un'occasione per avere ulteriori informazioni sulle vaccinazioni, sull'alimentazione e per segnalare le loro difficoltà e altre problematiche di salute. Sono stati generalmente molto apprezzati i gadget predisposti dalla campagna regionale "Casa salvi tutti".

Il progetto Donnecare rivolto alle mamme migranti⁴⁰

A partire dai primi mesi del 2012 è stato attivato un progetto specifico rivolto alle mamme migranti, "Donnecare", che rientra nel Piano regionale della prevenzione 2010-2012. Il progetto è realizzato con la collaborazione della Rete Intrecci che comprende associazioni di volontariato impegnate in attività di sostegno e di integrazione nelle diverse comunità migranti (vedi contributo Burgalassi). Donnecare punta a formare referenti del progetto tra le donne migranti: l'obiettivo è promuovere incontri informativi e di sensibilizzazione con altre mamme delle rispettive comunità sui temi della prevenzione degli incidenti domestici. In questi incontri verranno utilizzati gli opuscoli in lingua "Attenti a quei due!" e altri materiali informativi della campagna regionale.

Gli incontri si svolgeranno in abitazioni e in luoghi di aggregazione delle donne migranti. Per queste attività si prevede l'utilizzo di un filmato muto sugli incidenti domestici realizzato da attori-mimo. Il progetto ha preso il via in forma sperimentale nel 2012, con il supporto di associazioni locali della Rete Intrecci a Piacenza, Parma, Modena, Bologna, Ferrara, Forlì, Cesena, Ravenna, Rimini.

⁴⁰ Per approfondire vedi contributi "Parte II – Gli interventi per i piccoli e i piccolissimi".

P4 – Riduzione del rischio di incidente domestico nei bambini (0-4 anni) attraverso l'effettuazione di interventi informativo/educativi strutturati per bambini, genitori e istituzioni scolastiche

Le azioni sono rivolte ai genitori tramite i servizi socio-educativi (centri per le famiglie, centri gioco, ludoteche, nidi e scuole dell'infanzia) mentre per le educatrici è prevista una formazione sul tema affinché possano trasferire ai genitori informazioni utili a configurare una relazione educativa capace di affrontare il tema del pericolo al di là di comportamenti oscillanti tra l'eccesso di cautela e la totale sottovalutazione del rischio.

Obiettivo dell'intervento e selezione della popolazione target

Educatori, genitori e nonni di bambini tra 0 e 4 anni

Articolazione del programma P4

Si tratta di un intervento di comunicazione sul rischio, effettuato in collaborazione con il personale dei servizi educativi, che consiste nell'organizzazione di incontri informativi tra gli operatori e insegnanti di nido, materne, centri gioco, centri famiglia e genitori dei bambini.

Partner di progetto e formazione

Operatori di nidi, materne, centri gioco, centri famiglia e genitori dei bambini, enti locali (comune), coordinamenti pedagogici, ma anche consultori, pediatrie di comunità, ostetriche di corsi post-parto. La formazione degli educatori prevede una panoramica epidemiologica per il dimensionamento del fenomeno ed una introduzione sui rischi per il bambino in ambiente domestico e le relative soluzioni.

Materiali elaborati a supporto del programma

Sono stati elaborati ed utilizzati i seguenti materiali:

- programma formativo per docenti;
- pacchetto formativo;
- opuscolo informativo multilingue "Attenti a quei due" con acclusa check list, filmati e spot della campagna "Casa salvi tutti".

Esiti della sperimentazione

Nel 2008 si è conclusa la formazione delle operatrici dei servizi socio-educativi e si sono svolti i primi incontri programmati con i genitori, dall'anno 2009 le AUSL coinvolte hanno organizzato le attività sul territorio. Dal 2008 alla fine del 2011 hanno attivato il progetto 9 Aziende USL, concludendo la formazione degli operatori dei servizi socio-educativi e svolgendo gli incontri programmati con genitori.

Tabella 10: risultati del progetto P4 (dati aggregati anni 2008-2011)

	inizio	incontri di coordinamento	incontri pubblici	partecipanti (TOT)	partner	destinatari	gradimento
Piacenza	2009	1	3	40	asili nido	genitori, educatori	4
Reggio Emilia	2008	4	6	130	centri per le famiglie scuole materne scuole primarie servizio materno infantile coordinamento pedagogico uffici comunali	genitori educatori alunni	4
Modena	2008	3	4	100	coordinamenti pedagogici scuole materne asili nido uffici comunali	genitori educatori	5
Bologna	2008	1	22	280	coordinamenti pedagogici centri per le famiglie scuole materne asili nido uffici comunali	genitori educatori personale nidi e materne	4
Imola	2009	2	8	220	coordinamenti pedagogici asili nido scuole materne uffici comunali consultorio familiare	genitori educatori bambini scuole materne	4.5
Ravenna⁴¹	2010	4	0	0	Coordinamenti pedagogici Scuole materne Asili nido pediatria di comunità pediatria di libero professionista pediatri di libera scelta uffici comunali	genitori educatori	
Forlì	2010	27	14	170	Pediatria di comunità Centri per le famiglie Scuole materne Asili nido Coordinamenti pedagogici	genitori educatori nonni	4
Cesena	2010	0	3	80	Consultori	genitori	4
Rimini	2008	0	11	160	coordinamenti pedagogici centri per le famiglie scuole materne asili nido	genitori educatori	3.5

⁴¹ Al 31.12.2011 non sono ancora state organizzate iniziative nelle scuole, ma sono stati fatti esclusivamente incontri di coordinamento. In questo caso è al vaglio la proposta di inserire un modulo didattico specifico sulla prevenzione degli incidenti domestici nell'attività didattica ordinaria.

I numeri complessivi indicano, nelle diverse realtà, un diffuso interesse dei partner di progetto, un'elevata partecipazione di genitori ed educatori agli incontri che hanno riscosso il favore dei partecipanti.

Tabella 11: dati sintesi P4 (dati aggregati anni 2008-2011)

Incontri pubblici effettuati	71
Partecipanti agli incontri pubblici (complessivi)	Circa 1200
Indicatore di gradimento ⁴² (range min 1/ max 5)	4,12

Conclusioni e considerazioni di sintesi

Le attività fino ad ora condotte evidenziano un buon indice di gradimento della iniziativa, che raccoglie interesse sia negli operatori che nei genitori dei piccoli.

Non si riscontrano particolari criticità se non alcune difficoltà in qualche realtà regionale nel reperire contatti e mettere in calendario incontri presso i centri famiglia e i servizi educativi 0-6 anni. In particolare l'indicazione che emerge è quella di organizzare per tempo gli incontri con i genitori, soprattutto nel primo quadrimestre perché al termine dell'anno scolastico i genitori sono già chiamati a partecipare ad altre iniziative. Un altro motivo per organizzare con anticipo il calendario degli incontri è dato dalla possibilità di inserire il progetto all'interno di momenti già previsti dal calendario scolastico, sia a livello di incontri per i genitori o feste della scuola. Inoltre, nell'anno 2011 sono stati sperimentati percorsi alternativi quali l'inserimento degli incontri in percorsi rivolti a mamme che si ritrovano spontaneamente nei mesi successivi al parto, riscuotendo molto interesse.

⁴² Il gradimento è stato rilevato in modo non sistematico: sono state raccolte le opinioni dei referenti aziendali del piano per ciascuna azienda, chiedendo di indicare un livello di gradimento nella scala da 1-insufficiente, 2-scarso, 3-sufficiente, 4-buono, 5-molto buono)

*Pubblicazioni a cura della Regione Emilia-Romagna nel settore
della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro*

Collana "CONTRIBUTI" Fondata da Alessandro Martignani

I volumi disponibili sono contrassegnati con (*)

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983.
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia*, Vignola, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna*, Correggio, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989.
23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989*, Langhirano, 1990.
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico*, Bologna, 1990.
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti*, Modena, 1990.
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Corso di formazione per i nuovi operatori*, Forlì, 1991.

27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione*, Correggio, 1992.
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione*, Bologna, 1992.
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni*, Modena, 1992.
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna*, Ferrara, 1993.
31. *Salute e sicurezza nella scuola*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
33. *Il dipartimento di prevenzione*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età*, Carpi (MO), 1993.
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna*, Bologna, 1993.
36. *Salute e ambiente*, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2*, Bologna, 1994.
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale*, Fidenza, 1994.
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna*, Rimini, 1994.
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative*, Ravenna, 1994.
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione interventi educativi*, Parma, 1995.
42. *I tumori in Emilia-Romagna*, Modena, 1997.
43. *I tumori in Emilia-Romagna - 2*, Ferrara, 2002
44. *Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna – Intesa Stato-Regioni e Province Autonome - 23 marzo 2005*, Bologna 2006
45. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2005*, Bologna 2006 (*)
46. *I tumori in Emilia-Romagna - 3*, Ferrara 2006
47. *Valutazione dell'efficacia della formazione alla sicurezza nei lavoratori della Variante Autostradale di Valico (VAV)*. Bologna 2006 (*)
48. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2005*, Ravenna 2006 (*)
49. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile* , Bologna 2006 (*)
50. *Verso una strategia di lotta integrata alla Zanzara Tigre – Atti del convegno*, Bologna 2007 (*)
51. *Il radon ambientale in Emilia-Romagna – Piacenza 2007*
52. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2006*, Bologna 2007 (*)
53. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2006*, Ravenna 2008 (*)
54. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, Indagine 2007*, Bologna 2008 (*)
55. *I tumori in Emilia-Romagna - 2004*, (disponibile solo on-line) Bologna 2009 (*)
56. *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna - Bologna*, 2009
57. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza 2008*, Bologna 2009 (*)
58. *Sorveglianza nutrizionale – Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale* , Bologna 2009 (*)

59. *Passi d'Argento - La qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009*, Bologna 2009 (*)
60. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2007*, Bologna 2010 (*)
61. *Incidenti stradali in Emilia-Romagna - Anni 1995 - 2007* Bologna 2010 (*)
62. *Linee guida per migliorare il comfort estivo delle strutture socio-sanitarie e socio-residenziali in Emilia-Romagna* Bologna 2010
63. *Il Profilo di Salute per il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna* Bologna 2010 (*)
64. *Il Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna*, Bologna 2010 (*)
65. *PASSI – Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Emilia-Romagna, I risultati del sistema di sorveglianza nel triennio 2007 - 2009*, Bologna 2011 (*)
66. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2008*, Bologna 2011 (*)
67. *I tumori in Emilia-Romagna - 2007*, (disponibile solo on-line) Bologna 2011 (*)
68. *I programmi di screening oncologici – Emilia-Romagna. Report al 2009*, Bologna 2012 (*)
69. *Protocollo diagnostico terapeutico dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella - IV edizione - Bologna 2012* (*)