

**Regione Calabria**  
**Azienda Sanitaria n° 7**

**RELAZIONE SULLO STATO DI SALUTE**  
**DELL'AZIENDA SANITARIA N° 7**  
**TERZO RAPPORTO - 2006**

**Regione Calabria**  
**Azienda Sanitaria n° 7**



**Relazione sullo stato di salute**  
**dell'Azienda Sanitaria n° 7**  
**Terzo rapporto - 2006**

**URSINI EDIZIONI**

*A cura di:*  
**Servizio di Epidemiologia e Statistica Sanitaria**

*Dirigenti medici:* **Antonella Sutera Sardo, Adriana Mazzei**  
*Collaboratori:* **Nicola Sirianni, Piera Mancuso**

Tel./Fax 0961/728378  
E-mail: epidemiologia@libero.it

*Si ringraziano*  
*tutti coloro che hanno contribuito*  
*alla stesura di questa relazione*

Gli autori di questa pubblicazione sono  
(il primo nome è quello del responsabile della U.O.):

**A. Sutera Sardo, A. Mazzei, N. Sirianni, P. Mancuso**  
*Servizio Epidemiologia e Statistica Sanitaria – AS 7*  
**F. Faillace**  
*Servizio di Educazione Sanitaria*  
**R. Scalise**  
*U.O. Igiene pubblica*

# INTRODUZIONE

## PRESENTAZIONE

La rilevazione dello stato di salute della popolazione è uno degli elementi portanti per la definizione delle politiche e delle strategie sanitarie, oltre che per la definizione dello stato di benessere singolo e collettivo.

Si rende pertanto necessario privilegiare le risorse di una rete informativa armonizzata per indicatori e metodologie, idonea a favorire una regolare rilevazione dello stato di salute per «rispondere rapidamente alle minacce alla salute» che presentano dinamiche estremamente mutevoli in funzione dei rapidi cambiamenti epidemiologici, culturali, sociali, ambientali e comportamentali registrabili nei differenti contesti sanitari.

La maggiore conoscenza dei determinanti di salute si pone quale presupposto essenziale per la valutazione dei bisogni e per l'identificazione delle priorità da perseguire nell'ambito di una politica socio-sanitaria basata sull'evidenza.

L'esplicito riscontro di una progressiva contrazione delle risorse disponibili rende inevitabile il ricorso ad una razionalizzazione della spesa sanitaria pubblica orientata su obiettivi specifici e prioritari (riduzione della morbilità, mortalità e disabilità).

Lo scopo ultimo è, evidentemente, l'ottimizzazione del rapporto costo/beneficio delle azioni da perseguire cercando di evitare il ricorso al cosiddetto razionamento delle prestazioni e dei servizi.

Il salto, da tale impostazione, alla attuale pratica corrente è sicuramente piuttosto impegnativo; tuttavia appare raggiunto un consenso unanime sulla opinione che tale impostazione possa rappresentare la carta vincente per riuscire a consolidare i grandi vantaggi o «guadagni» di salute conquistati nel corso degli ultimi decenni e non disperdere quindi il patrimonio di Salute conquistato.

Il Direttore Generale  
*Ing. Pasquale Clericò*

## 'U VENTU E L'ERVA

*di Achille Curcio*

Supra stu mundu 'u riccu è comu 'u ventu  
e quandu passa ognunu si scudiddha  
mu fa saluti e mu lu fa cuntentu,  
cà 'u sordu lucia sempa comu stiddha.  
'U riccu quandu passa è comu 'u ventu.

'U poveru si chjica a ogni ventata:  
è comu l'erva chi si curva queta  
e supporta si mina na hjuhjhata,  
supporta si criscendu poi si meta.  
'U poveru si chjica a ogni ventata.

'U riccu è figghiu 'e Dio, comu 'u pezzenta,  
ma 'u primu è figghiu veru e l'atru è mulu  
chi tira la carretta malamenta,  
restandu pe disgrazia sempa sulu.  
'U riccu è figghiu 'e Dio comu 'u pezzenta.

'U poveru restau sempa sciancatu  
cercandu all'atri chiddhu chi non ava;  
mangiau speranzi e non fu mai saziatu,  
e 'u riccu trovau l'acqua senza 'u cava.  
'U poveru restau sempa sciancatu.

E simu frati nte stu mundu amaru  
ed è frata cui è grassu e cui esta siccu;  
è frata d'o baruna nu scarparu,  
è frata cui ava nenta e cui esta riccu.  
E simu frati nte stu mundu amaru.

Na fratellanza chi non fina mai  
e 'u patra guarda tutti sti figghioli  
affucati nte l'oru o nte li guai,  
seculi 'e fratellanza e de paroli.  
Na fratellanza chi non fina mai.

## Il vento e l'erba

Su questo mondo il ricco è come il vento:  
quando passa ognuno si rompe la schiena  
facendo inchini per renderlo contento,  
perché il danaro brilla sempre come una stella.  
Il ricco quando passa è come il vento.

Il povero si piega ad ogni colpo di vento:  
è come l'erba che si flette rassegnata  
e sopporta ogni raffica,  
sopporta se crescendo poi viene mietuta.  
Il povero si piega come il vento.

Il ricco è figlio di Dio come il povero,  
ma il primo è figlio vero e l'altro è bastardo  
che trascina la carretta malamente  
restando sempre solo per disgrazia.  
Il ricco è figlio di Dio come il povero.

Il povero è rimasto sempre povero  
cercando agli altri quello che non ha;  
mangiò speranza e non riuscì a saziarsi,  
ed il ricco trovò l'acqua senza neppure cavare il pozzo.  
Il povero è rimasto sempre povero.

E siamo fratelli in questo infelice mondo,  
ed è fratello chi è grasso e chi è magro;  
è fratello del barone il ciabattino,  
è fratello chi possiede nulla e chi è ricco.  
E siamo fratelli in questo infelice mondo.

Una fratellanza che non finisce mai  
ed il padre guarda tutti questi figli  
affogati nell'oro o nelle sofferenze,  
secoli di fratellanza e di parole.  
Una fratellanza che non ha mai fine.

## AUTORI DEI LAVORI

(Il primo nome è quello del Direttore dell'Unità Operativa)

A. SUTERA SARDO, A. MAZZEI, N. SIRIANNI, P. MANCUSO, B. FERRARO  
*Servizio Epidemiologia e Statistica Sanitaria.*

G. DE VITO, R. SCALISE, A. PALMIERI .  
*U.O. Igiene Pubblica*

FRANCA FAILLACE, AMBROSIO ENRICO  
*Servizio Educazione alla salute*

ROSELLA DI BENEDETTO  
*CON.T.A.R.P.*

C. DE SANTIS, V. DE GIORGIO, D. DE FAZIO  
*Tutela della salute pubblica*

F. FARAGÒ, D. MAMONE  
*U.O. Igiene degli alimenti*

F. CORAPI, A. MARINO, R. AIELLO, A. FRATTO, D. GARCEA, G. GUALTIERI,  
M. MICELI, L. PLACIDA, G. PRINCIPATO, N. PROTO, A. ZINGHINI  
*Servizio di Sanità Animale*

N. PARISI, L. BATTAGLIA G. VISCOMI, T. ESPOSITO, A. GALLELLI, D. NANÌA  
*Servizio veterinario d'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.*

R. ANFOSSO  
*U.O. Pediatria di comunità*

MICHELE IANSITI  
*Centro Oftalmico*

EUPLIO ROCCIA, ANTONELLA SIA, EUGENIO NISTICÒ  
*Distretto n.1*

MAURIZIO ROCCA, LUCIANO MANFREDI, FRANCO CACCIA, TERESA STRATACÒ, TERESA BARBERIO; LIA PERRONE; BEATRICE FELICETTA.  
*Distretto n. 2*



ANTONIO BRUNETTI, DOMENICO TUCCI

*Distretto n. 3*

G. PIPICELLI, L. MUSTARA, G. ANGOTZI, T. COLOSIMO, R. GUARNIREI,  
A. PARROTTINO, I. PINTO

*Unità di diabetologia e dietologia territoriale*

V. CARLO CURTI, M. NISTICÒ, S. TAGLIAMONTI

*Centro di salute mentale di Catanzaro Lido*

A. TALARICO, M. A. GENOVESI, D. BATTAGLIA, T. PORCARO, G. DE  
STEFANO, F. SACCO, G. CRISTOFARO

*Assistenza Farmaceutica*

## INDICE

- Introduzione
- Presentazione
- Dimissioni ospedaliere
- Mortalità generale nell'AS 7 – Anni 2002-2005
- Malattie infettive
- Progetto “Bioterrorismo”
- Prevenzione dei rischi legati alla presenza di Amianto nell'ambiente
- Igiene degli alimenti
- Applicazione di un sistema informativo geografico alla sorveglianza epidemiologica della tubercolosi e della brucellosi.
- Controllo dell'alimento zootecnico e dei Sottoprodotti di Origine animale - Contributo per la prevenzione delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE).
- Uno sguardo amico
- “Donare ..... insieme”
- L'assistenza domiciliare sanitaria nella realtà dell'AS n. 7
- Terza età tra bisogni ed aspettative. Risultati di un'indagine condotta su un campione di anziani residenti nel quartiere di Catanzaro Lido.
- Cure sanitarie domiciliari del Distretto n.3 Soverato - Anno 2003
- Scootermania.
- Indagine epidemiologica sugli incidenti scolastici nelle scuole dell'AS 7 di Catanzaro.
- L'assistenza diabetologica nell'AS 7
- “Rete Sociale per la Salute Mentale”
- Relazione anno 2005 - Servizio per le tossicodipendenze
- Metadone e reinserimento sociale
- Trattamento ambulatoriale farmacologico con buprenorfina (BPN)

## DIMISSIONI OSPEDALIERE

A. Suter Sardo, A. Mazzei, N. Sirianni, P. Mancuso, B. Ferraro

### 1. Fonti informative

L'archivio utilizzato per il presente lavoro è relativo alle dimissioni ospedaliere, dai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, dei residenti nei 58 comuni dell'AS7, negli anni 2001- 2004. Non sono state considerate alcune schede incomplete rispetto ai dati anagrafici o di patologia. Le selezioni sono state effettuate sulla prima diagnosi di dimissione, sulla base dei codici ISTAT (IX Revisione-1975).

Per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione è stata utilizzata la popolazione dei residenti nell'AS7 (censimento Istat 2001).

### 2. Ricoveri Ospedalieri nell'AS 7 Anni 2001-2004

Nella *Tabella n.1* sono indicati i tassi di ospedalizzazione per settori e sesso nei residenti nell'AS 7, dimessi dalle strutture pubbliche e private accreditate, nell'anno 2004. Sono stati riscontrati tassi più elevati relativamente a Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie dell'Apparato Digerente, Neoplasie e Malattie del Sistema Nervoso. Queste ultime sono risultate più frequenti nel sesso femminile, mentre le dimissioni per gli altri tre gruppi di patologie sono state più numerose per i maschi.

Tabella n.1

Tasso di ospedalizzazione per settori e sesso nei residenti dell'AS 7, dimessi dalle strutture pubbliche e private. Anno 2004

Tassi per 1.000 abitanti

Settori	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	N.	T.G.	N.	T.G.	N.	T.G.
Malattie infettive e parassitarie - Infectious diseases	453	3,9	385	3,1	838	3,5
Tumori - Neoplasms	1612	13,7	1597	12,8	3209	13,3
Malattie ghiandole endocrine - Endocrine diseases	800	6,8	1381	11,1	2181	9,0
Malattie del sangue - Diseases of the blood	418	3,6	548	4,4	966	4,0
Disturbi psichici - Mental disorders	677	5,8	609	4,9	1286	5,3
Malattie sistema nervoso - Diseases of the nervous system	1540	13,1	1863	15,0	3403	14,1
Malattie sistema circolatorio - Diseases of the circulatory system	3481	29,7	3060	24,6	6541	27,1
Malattie apparato respiratorio - Diseases of the respiratory system	1290	11,0	876	7,0	2166	9,0
Malattie apparato digerente - Diseases of the digestive system	2606	22,2	2166	17,4	4772	19,7
Malattie apparato genitourinario - Diseases of the genitourinary syst.	1285	11,0	1354	10,9	2639	10,9
Complicazioni gravidanza - Complications of pregnancy	0	0,0	2645	21,3	2645	10,9
Malattie della pelle - Diseases of the skin	347	3,0	342	2,7	689	2,8
Malattie sist. osteomusc. - Diseases of the musculoskeletal system	658	5,6	805	6,5	1463	6,1
Malformazioni congenite - Congenital malformations	251	2,1	157	1,3	408	1,7
Condizioni morb. orig. perin. - Certain condit. in the perinatal period	182	1,6	115	0,9	297	1,2
Sintomi mal definiti - Symptoms ill-defined causes	1191	10,2	1204	9,7	2395	9,9
Traumatismi ed avvelenamenti - External causes	1429	12,2	1114	9,0	2543	10,5
Ricoveri speciali	1502	12,8	1497	12,0	2999	12,4
Totale	19.722	168,1	21.718	174,5	41.440	171,4

Complessivamente, rispetto agli anni precedenti, l'ospedalizzazione risulta lievemente ridotta.

Nella *Tabella n. 2* sono confrontati i tassi di mobilità ed ospedalizzazione, per settori, dei residenti nell'AS 7, dimessi da strutture pubbliche e private accreditate, negli anni 2001-2004.

Tabella n.2

Tassi di mobilità e dimissione da strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, in residenti nell'AS 7, per settori. Anni 2001-2004

Tassi per 1.000 ab.

Settori	Anno 2001		Anno 2002		Anno 2003		Anno
	Mobilità	AS 7	Mobilità	AS 7	Mobilità	AS 7	Mobilità
Malattie infettive e parassitarie - Infectious diseases	0,9	3,8	0,3	3,7	0,4	3,6	0,2
Tumori - Neoplasms	2,5	13,8	2,7	13,7	2,6	14,4	2,3
Malattie ghiandole endocrine - Endocrine diseases	1,3	7,6	1,3	9,7	1,0	8,8	0,8
Malattie del sangue - Diseases of the blood	0,1	3,6	0,2	3,9	0,2	3,8	0,1
Disturbi psichici - Mental disorders	0,6	4,9	0,7	6,9	0,6	6,1	0,4
Malattie sistema nervoso - Diseases of the nervous system	3,2	13,2	2,7	17,4	2,5	14,8	2,4
Malattie sistema circolatorio - Diseases of the circulatory system	3,8	28,9	4,0	30,8	3,5	28,7	3,3
Malattie apparato respiratorio - Diseases of the respiratory system	1,1	9,7	1,1	9,5	1,1	11,5	0,8
Malattie apparato digerente - Diseases of the digestive system	1,7	20,4	1,9	22,7	1,5	21,5	1,1
Malattie apparato genitourinario - Diseases of the genitourinary syst.	1,3	11,8	1,3	12,1	1,2	12,6	1,4
Complicazioni gravidanza - Complications of pregnancy	0,5	11,7	0,6	11,3	0,5	11,9	0,3
Malattie della pelle - Diseases of the skin	0,5	3,5	0,5	3,3	0,5	3,4	0,4
Malattie sist. osteomusc. - Diseases of the musculoskeletal system	2,0	5,9	2,1	8,3	1,9	7,5	1,9
Malformazioni congenite - Congenital malformations	0,8	1,7	0,6	1,5	0,7	1,7	0,7
Condizioni morb. orig. perin. - Certain condit. in the perinatal period	0,1	2,2	0,1	1,5	0,0	1,4	0,0
Sintomi mal definiti - Symptoms ill-defined causes	0,7	10,0	0,7	9,3	0,6	11,1	0,6
Traumatismi ed avvelenamenti - External causes	1,2	12,8	1,2	13,4	1,1	12,7	0,7
Ricoveri speciali	1,9	10,0	2,0	12,7	1,8	14,3	1,7
Totale	24,2	175,7	23,9	191,8	21,5	189,6	19,4

zione, per settori, dei residenti nell'AS 7, dimessi da strutture pubbliche e private accreditate, negli anni 2001-2004.

Le patologie che più frequentemente hanno causato ospedalizzazione sia in sede locale che extraregionale, sono prevalentemente Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Nervoso, Tumori e Malattie dell'Apparato Digerente. Tra le dimissioni locali si rilevano, al secondo posto per frequenza, le Malattie dell'Apparato Digerente.

Nella *Tabella. n. 3* è stata considerata l'ospedalizzazione, per sesso e per fasce d'età, dei residenti nell'AS 7 nell'anno 2004.

Tabella n. 3

Ospedalizzazione in residenti nell'AS 7, per fasce d'età. Anno 2004

Tassi per 1.000 abitanti

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N°	T.O.	N°	T.O.	N°	T.O.
0-14	2775	137,4	2.143	110,9	4.918	124,5
15-64	9729	122,6	12.347	152,2	22.076	137,6
65 e più	7218	405,8	7.228	300,9	14.446	345,5
Totale	19.722	168,1	21.718	174,5	41.440	171,4

Complessivamente la fascia d'età superiore a 65 anni è quella che concentra un numero maggiore di dimissioni ospedaliere e la fascia tra 15 e 64 anni presenta un tasso di ospedalizzazione maggiore rispetto a quella infantile ed adolescenziale (0-14 anni). Nel confronto tra i sessi l'ospedalizzazione delle donne supera quella maschile soltanto nella fascia 15-64, a causa dei ricoveri dovuti al parto.

La *quarta tabella* mette a confronto i DRG più numerosi per frequenza di dimissioni, nell'AS 7 (anno 2004) ed i Italia (anno 2002).

Tabella n. 4

Drg (Diagnosi Related Groups), più numerosi per frequenza di dimissioni, distribuiti per territorio in pazienti residenti nell'AS 7 (anno 2004)  
Confronto con i dati nazionali (anno 2002)

DRG		AS 7 (2004)		Italia (2002)	
		Numero	% sul tot.	Numero	% sul tot.
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.140	2,8	174.451	2,0
134	Ipertensione	1.172	2,8	69.813	0,8
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.004	2,4	321.700	3,6
183	Esofagite, gastroent.e miscellanea di malattie dell'app.dige età > 17 senza cc	934	2,3	156.908	1,8
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcoolica, senza cc	917	2,2	*	*
127	Insufficienza cardiaca e shock	908	2,2	186.300	2,1
301	Malattie endocrine, senza cc	894	2,2	*	*
430	Psicosi	785	1,9	100.773	1,1
47	Altre malattie dell'occhio, età >17 senza cc	763	1,8	*	*
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	617	1,5	111.457	1,3
371	Parto cesareo senza cc	588	1,4	173.091	1,9
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	566	1,4	130.571	1,5
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	553	1,3	82.363	0,9
184	Esofagite, gastroent.e miscellanea di malattie dell'app.dig. età <18	491	1,2	92.802	1,0
243	Afezioni mediche del dorso	490	1,2	110.316	1,2
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17	466	1,1	47.129	0,5
299	Difetti congeniti del metabolismo	450	1,1	*	*
202	Cirrosi e epatite alcoolica	435	1,0	56.092	0,6
143	Dolore toracico	420	1,0	51.292	0,6
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	384	0,9	76.306	0,9
404	Linfoma e leucemia non acuta senza cc	369	0,9	*	*
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	359	0,9	119.162	1,3
14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	344	0,8	*	*
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 senza cc	332	0,8	105.071	1,2
222	Interventi sul ginocchio senza senza cc	245	0,6	111.368	1,3

Tra i primissimi posti per frequenza di dimissioni riscontriamo, in entrambi i territori, gli Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (DRG 39) ed Altre malattie dell'occhio, età >17 senza cc (DRG 47). Per quanto riguarda i problemi cardiovascolari sono stati numerosi i ricoveri per Ipertensione (DRG 134), Insufficienza cardiaca e shock (DRG 127), Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc (DRG139) e Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio (DRG14). Rilevanti specie a livello locale risultano, inoltre, le dimissioni per Malattie dell'Apparato digerente (DRG 183 e 184) ed a carico del

fegato (DRG 202 e 206). Numerosi restano i DRG collegati alla gravidanza ed al parto (DRG 373 e 371) ed a problemi inerenti la sfera genitale femminile quali: Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia (DRG 381) ed Interventi su utero ed annessi non per neoplasie maligne, senza cc (DRG 359). Ancora da rilevare la frequenza di Malattie endocrine, senza cc (DRG 301), le Psicosi (DRG 430) ed alcuni problemi ematologici quali Anomalie dei globuli rossi, età >17 (DRG 395) e Linfoma e leucemia non acuta senza cc (DRG 404).

## MORTALITÀ GENERALE NELL'AS 7 - ANNI 2002-2005

A. Sutura Sardo, A. Mazzei, P. Mancuso, N. Sirianni, B. Ferraro

### *Mortalità generale e per causa nell'AS 7 - Anni 2002-2005*

Negli anni 2002-2005 sono pervenute presso il Servizio Epidemiologico, sede del Re.Ca.M, in totale 8.771 schede Istat di deceduti residenti nell'AS 7, di cui il 51,1 % è relativo a maschi ed il 48,9 % a donne.

Nella *Tabella n.1* sono riportati numero e tassi di mortalità, specifici per grandi gruppi di patologie, di residenti nell'AS 7, negli anni 2002-2005.

Tabella n.1

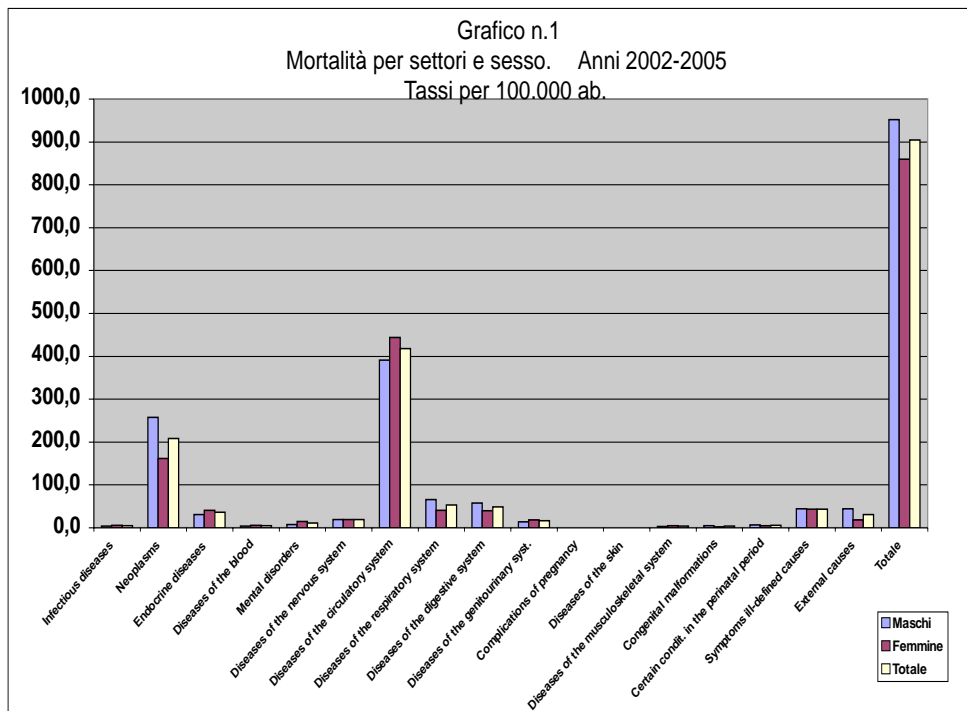
Mortalità, per settori nei residenti nell'AS 7. Anni 2002-2005

Tassi per 100.000 ab.

Settori	Totale 2002		Totale 2003		Totale 2004		Totale
	N.	T.G.	N.	T.G.	N.	T.G.	
Malattie infettive e parassitarie - Infectious diseases	6	2,5	13	5,4	11	4,5	12
Tumori - Neoplasms	465	192,3	555	229,6	481	199,0	511
Malattie ghiandole endocrine - Endocrine diseases	48	19,9	72	29,8	118	48,8	108
Malattie del sangue - Diseases of the blood	11	4,5	12	5,0	8	3,3	13
Disturbi psichici - Mental disorders	31	12,8	37	15,3	15	6,2	21
Malattie sistema nervoso - Diseases of the nervous system	37	15,3	61	25,2	42	17,4	45
Malattie sistema circolatorio - Diseases of the circulatory system	945	390,9	1101	455,4	980	405,3	1016
Malattie apparato respiratorio - Diseases of the respiratory system	126	52,1	170	70,3	96	39,7	117
Malattie apparato digerente - Diseases of the digestive system	100	41,4	124	51,3	121	50,0	122
Malattie apparato genitourinario - Diseases of the genitourinary syst.	40	16,5	42	17,4	34	14,1	36
Complicazioni gravidanza - Complications of pregnancy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Malattie della pelle - Diseases of the skin	1	0,4	2	0,8	1	0,4	0
Malattie sist. osteomusc. - Diseases of the musculoskeletal system	12	5,0	10	4,1	5	2,1	7
Malformazioni congenite - Congenital malformations	4	1,7	16	6,6	8	3,3	5
Condizioni morb. orig. perin. - Certain condit. in the perinatal period	9	3,7	17	7,0	17	7,0	13
Sintomi mal definiti - Symptoms ill-defined causes	105	43,4	137	56,7	81	33,5	99
Traumatismi ed avvelenamenti - External causes	60	24,8	102	42,2	56	23,2	71
<b>Totale</b>	<b>2000</b>	<b>827,2</b>	<b>2471</b>	<b>1022,1</b>	<b>2074</b>	<b>857,9</b>	<b>2196</b>

La mortalità generale sembra aumentata nel 2005 rispetto all'anno precedente; la maggior parte dei valori specifici per settori pertanto indica un uniforme lieve incremento. I tassi più elevati sono stati riscontrati a carico delle Malattie del sistema circolatorio, dei Tumori, delle Malattie dell'apparato digerente e di quelle dell'apparato respiratorio.

Nel *grafico n. 1* sono evidenziati i tassi di mortalità per settori e sesso nei residenti nell'AS 7, negli anni 2002-2005.

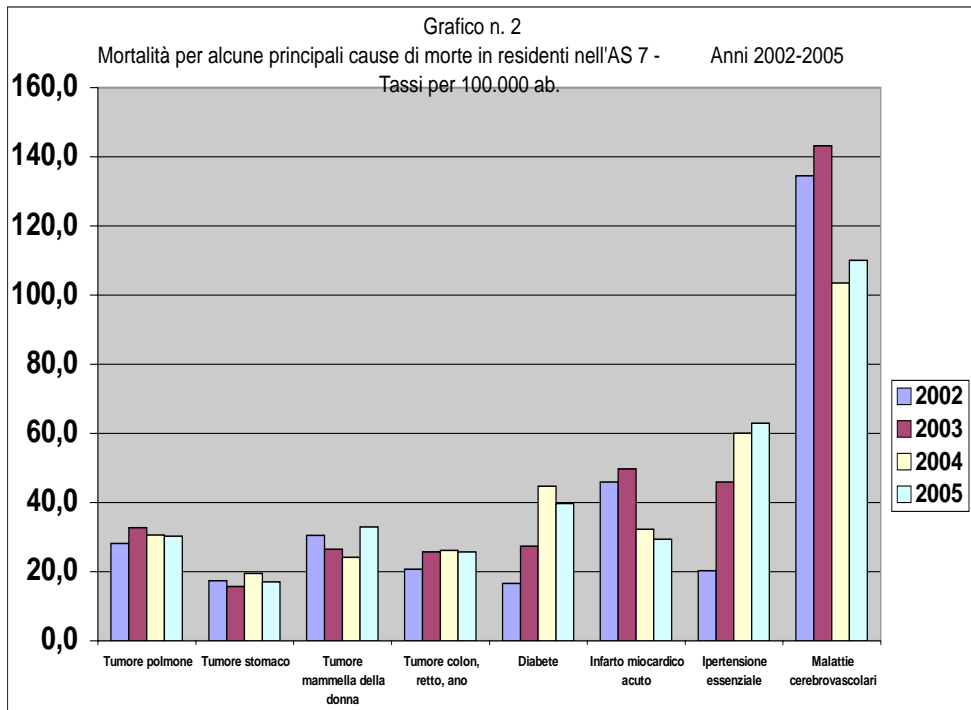


Le Malattie del sistema circolatorio, sono in entrambi i sessi, la prima causa di morte nell'AS 7; causano però un numero maggiore di decessi nelle donne rispetto al sesso maschile, mentre la mortalità per tumore è più elevata tra gli uomini. Terza, quarta e quinta causa di morte sono rappresentate, rispettivamente, nelle donne dalle Malattie delle ghiandole endocrine, dalle Malattie dell'apparato respiratorio e dalle malattie dell'apparato Digerente. Nel sesso maschile le Malattie dell'Apparato Respiratorio e del Digerente causano una mortalità più elevata rispetto alle donne e sono seguite dai Traumatismi e dagli Avvelenamenti.

Nel *grafico n. 2* viene indicata la mortalità per alcune principali cause di morte in residenti nell'AS 7, negli anni 2002-2005.

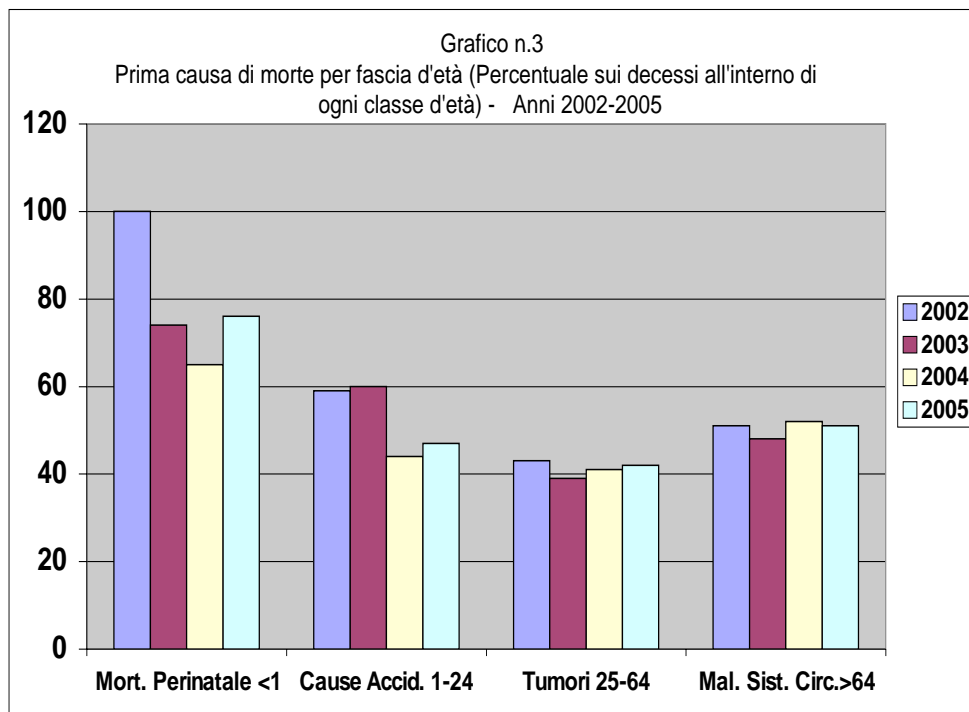
Tra le patologie più frequentemente causa di morte riscontriamo le Malattie Cerebrovascolari (ICD-IX 430-438.9), l'Infarto miocardico acuto (ICD-IX 410), l'Ipertensione Essenziale (ICD-IX 401) ed il Diabete (ICD-IX 250). Nel periodo esaminato la mortalità per le ultime due cause





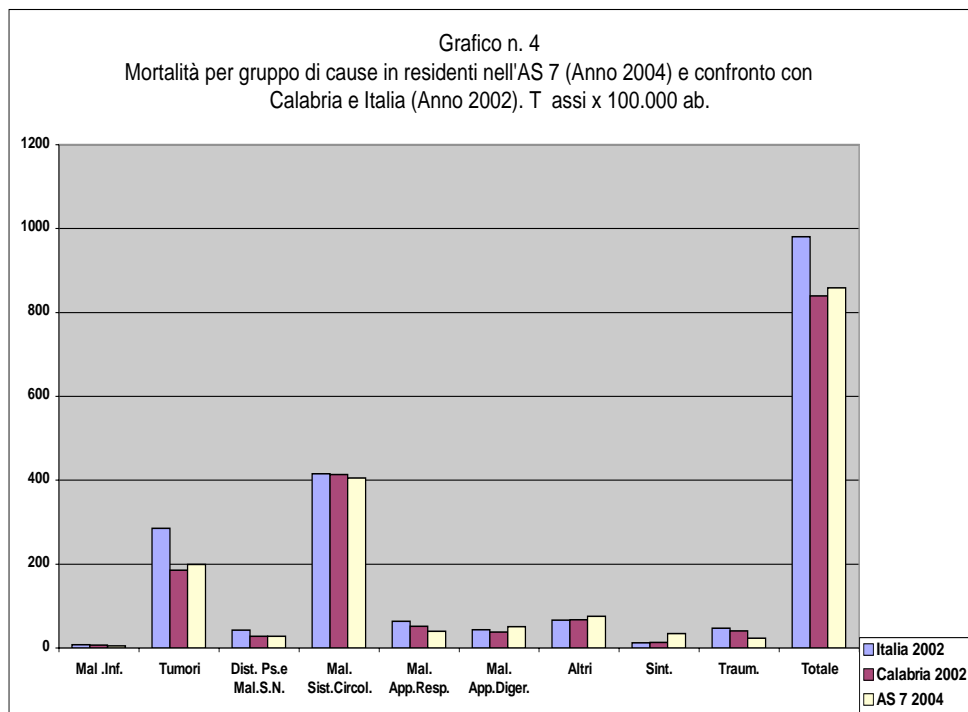
ha presentato valori in ascesa, inversamente a quanto accade per le prime due citate. Tra i tumori maligni femminili, quelli a carico della mammella causano il tasso di mortalità più elevato ed indicano una lieve tendenza all'aumento, mentre i Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni sono i più frequenti nel sesso maschile e mostrano un andamento piuttosto costante. Seguono, per numerosità, i Tumori del colon, retto ed ano che presentano un tasso di mortalità leggermente più elevato nell'ultimo anno esaminato rispetto al primo (T.G. 25,6 nel 2005; T.G. 20,7 nel 2002) e quelli dello stomaco che invece indicano valori tendenzialmente stabili.

Nel *grafico n. 3* viene considerata la prima causa di morte per classi d'età e la loro percentuale sui decessi all'interno di ogni classe d'età, nei residenti nell'AS 7, negli anni 2004-2005.



La mortalità perinatale, i cui valori assoluti sono molto bassi, rimane la prima causa di morte nei deceduti nel primo anno di vita. Tra i giovani resta sempre elevata la mortalità per cause accidentali (tra cui gli incidenti stradali), anche se, nel periodo in esame, è stata riscontrata una modesta inflessione della sua frequenza. I decessi per tumore, pur rimanendo la prima causa di morte tra i 25 e 64 anni, mostrano comunque, in tale fascia d'età, una riduzione sia pure lieve. Sopra i 64 anni, le Malattie del sistema circolatorio hanno fatto registrare una mortalità più elevata rispetto alle altre cause, con un andamento costante nel tempo.

Nel *grafico n. 4* sono confrontati i valori della mortalità per settori, nei residenti nell'AS 7, nell'anno 2004 con quelli relativi alla Calabria ed all'Italia, nell'anno 2002. In tutti i territori esaminati risulta essere al primo posto, per frequenza la mortalità per Malattie del sistema circolatorio, seguite dai Tumori, dalle Malattie dell'Apparato Respiratorio e Digerente. Valori più contenuti sono attribuibili ai Traumatismi ed Avvelenamenti ed ai Disturbi Psicici e Malattie del Sistema Nervoso. Sia la mortalità generale che quella per causa, nell'AS 7, risulta inferiore alle medie nazionali, eccetto che per le Malattie dell'apparato digerente ed



i Sintomi mal definiti. Nel confronto con i dati regionali, nell'AS 7, sembrano più elevati i valori relativi ai decessi per Tumori, Malattie dell'apparato digerente e Sintomi mal definiti.

### *Mortalità per causa e andamento nel tempo*

Le malattie cronic-degenerative (tumori e malattie cardiovascolari) rappresentano (come nel resto d'Italia e del mondo occidentale) le prime due cause di morte tra i residenti nell'AS 7, costituendo il 68,7% di tutte le morti nei maschi ed il 70,4% nelle femmine (anno 2005). Il confronto dei tassi standardizzati indica che, nell'anno 2005, la mortalità per tumori nel sesso femminile (185,2) è stata inferiore a quella maschile (269,4); al contrario di quanto è accaduto per le patologie dell'apparato circolatorio (475,4 – donne; 428,9 – maschi).

Nello stesso periodo, tra i maschi, la mortalità per tumore del polmone costituiva il 20,7% di tutte le morti per tumore, mentre tra le femmine la mortalità per tumore della mammella rappresentava il 19,4% del totale dei tumori.

La mortalità per malattie dell'apparato circolatorio nei maschi dimostra

un peso pressoché uguale delle due componenti principali: (ICD-9: 410-414) Malattie Ischemiche del Cuore (11,4% del totale) e (ICD-9:430-438) Malattie Cerebrovascolari (10,9%), al contrario delle femmine in cui le Patologie Cerebrovascolari rappresentano il 13,4% del totale, contro il 10,6% della Malattie Ischemiche del cuore.

La mortalità generale nell'AS 7 non mostra tendenze alla riduzione nel tempo, come avviene nelle regioni del nord Italia; i tassi standardizzati calcolati da questo Servizio dall'anno '97 hanno indicato valori crescenti in entrambi i sessi; fenomeno forse riconducibile al crescente numero degli anziani nella popolazione.

## MALATTIE INFETTIVE

*G. De Vito\**, *R. Scalise\**, *A. Palmieri \*- A. Mazzei\*\**, *A. Suter Sardo\*\**  
*U.O. Igiene Pubblica\* - Epidemiologia e Statistica Sanitaria\*\**

### **Introduzione**

La rilevazione dei dati sulle malattie infettive effettuata congiuntamente dall'Istat, il Ministero della salute e l'Istituto Superiore di sanità, consente il monitoraggio dei casi notificati ed ha l'obiettivo di "individuare e seguire la loro stagionalità per predisporre i mezzi di prevenzione e di lotta alle malattie infettive" (Annuario statistico italiano 2005). I vaccini rappresentano lo strumento più efficace e conveniente per prevenire le malattie infettive; agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva in grado di proteggere in modo duraturo ed efficace la persona vaccinata dall'infezione o dalle sue complicazioni. Il contributo offerto al miglioramento dello stato di salute di una popolazione dalla disponibilità di vaccini efficaci e sicuri è pari solo a quello rappresentato dalla disponibilità di acqua potabile.

Le vaccinazioni in effetti non proteggono soltanto la persona vaccinata ma, interrompendo la catena epidemiologica di trasmissione dell'infezione, agiscono indirettamente anche sui soggetti non vaccinati riducendo le possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. Grazie a questo fenomeno, denominato immunità di gregge (herd immunity) è stato possibile arrivare all'eradicazione del vaiolo dalla faccia della terra e si spera che sia possibile, entro breve tempo, arrivare allo stesso risultato anche per la poliomielite. Grazie al programma di vaccinazioni promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per offrire a tutti i bambini del mondo la possibilità di essere vaccinati contro 6 malattie (difterite, poliomielite, tetano, pertosse, morbillo, epatite virale B e, nelle zone interessate da questa malattia, febbre gialla) vengono prevenuti ogni anno almeno 4 milioni di decessi e 400.000 casi di poliomielite in bambini di età inferiore a 5 anni. Il nuovo Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 definisce il nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e considera anche nuovi vaccini attualmente autorizzati e disponibili in Italia, quali l'antivaricella, l'antimeningococco tipo C e l'antipneumococco, già segnalati nel Piano Nazionale Vaccini 2003-2005.

## 1. Incidenza delle malattie infettive nell'AS 7. Anni 2005-2006

In Tabella n. 1 sono evidenziati, per sesso, il numero dei casi notificati ed il relativo tasso di notifica delle malattie infettive notificate nell'AS 7, nell'anno 2005. Il numero dei casi maschili è maggiore rispetto all'altro sesso; i tassi di notifica più elevati sono risultati a carico della Varicella, della Diarrea Infettiva, della Salmonellosi e della Scarlattina.

Tab. n.3  
Notifica di alcune malattie infettive nei residenti nell'AS 7 (Anno 2006) e confronto con la Regione Calabria e l'Italia (Anno 2004) - Tassi per 100.000 ab.

Patologie	AS 7		Calabria		Italia	
	n. casi	t.n.	n. casi	t.n.	n. casi	t.n.
Blenorragia	0	0,00	0	0,00	418	0,73
Botulismo	1	0,41	1	0,05	27	0,05
Brucellosi	0	0,00	62	3,08	463	0,81
Diarrea inf	9	3,72	16	0,80	2572	4,51
Epatite A	1	0,41	24	1,19	2477	4,35
Epatite B	8	3,31	27	1,34	1171	2,05
Epatite NANB	8	3,31	20	0,99	393	0,69
Epatite virale non spec	0	0,00	9	0,45	53	0,09
Febbre tifoide	0	0,00	34	1,69	335	0,59
Legionellosi	0	0,00	0	0,00	592	1,04
Leishmaniosi cutanea	0	0,00	0	0,00	69	0,12
Leishmaniosi viscerale	5	2,07	6	0,30	175	0,31
Leptosirosi	0	0,00	0	0,00	38	0,07
Listeriosi	0	0,00	0	0,00	32	0,06
Meningite meningococcica	0	0,00	7	0,35	317	0,56
Meningoencefalite virale	3	1,24	28	1,39	722	1,27
Morbillo	0	0,00	270	13,42	686	1,20
Parotite epidemica	0	0,00	12	0,60	2604	4,57
Pertosse	0	0,00	8	0,40	1343	2,36
Rickettsiosi	2	0,83	42	2,09	555	0,97
Rosolia	0	0,00	13	0,65	461	0,81
Salmonellosi	25	10,34	118	5,87	9180	16,11
Scarlattina	23	9,51	236	11,73	22989	40,33
Sifilide	0	0,00	3	0,15	1345	2,36
TBC extra polmonare	0	0,00	1	0,05	1050	1,84
TBC polmonare	17	7,03	10	0,50	2976	5,22
Tularemia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Varicella	65	26,89	1442	71,69	126051	221,16

In Tab. n.2 sono stati riportati gli stessi valori relativi all'anno 2006. La Varicella resta sempre al primo posto per numerosità di casi notificati, anche se è stata osservata una riduzione rispetto all'anno precedente. La Salmonellosi e la Scarlattina hanno fatto registrare un tasso superiore nell'anno esaminato rispetto al 2005. Nel confronto temporale tra i due anni, una riduzione notevole del tasso di notifica è stato riscontrato a carico della Diarrea infettiva. Nessuna segnalazione è stata effettuata in tutto il periodo esaminato per il Morbillo, la Rosolia e la Pertosse.

Tab. n. 2  
 Malattie infettive notificate nell'AS 7 nell'anno 2006.  
 Tassi per 100.000 ab.

Patologie	Anno 2006			
	M	F	Totale	T.N.
Blenorragia	0	0	0	0,0
Botulismo	0	1	1	0,4
Brucellosi	0	0	0	0,0
Diarrea inf	5	4	9	3,7
Epatite A	0	1	1	0,4
Epatite B	3	5	8	3,3
Epatite NANB	4	4	8	3,3
Epatite virale non spec	0	0	0	0,0
Febbre tifoide	0	0	0	0,0
Legionellosi	0	0	0	0,0
Leishmaniosi cutanea	0	0	0	0,0
Leishmaniosi viscerale	2	3	5	2,1
Leptosirosi	0	0	0	0,0
Listeriosi	0	0	0	0,0
Meningite meningococcica	0	0	0	0,0
Meningoencefalite virale	3	0	3	1,2
Morbillo	0	0	0	0,0
Parotite epidemica	0	0	0	0,0
Pertosse	0	0	0	0,0
Riccheziosi	1	1	2	0,8
Rosolia	0	0	0	0,0
Salmonellosi	14	11	25	10,3
Scarlattina	8	15	23	9,5
Sifilide	0	0	0	0,0
TBC extra polmonare	0	0	0	0,0
TBC polmonare	11	6	17	7,0
Tularemia	0	0	0	0,0
Varicella	44	21	65	26,9

## 2. Confronto di alcune malattie infettive notificate nell'AS 7 (Anno 2006), in Calabria ed in Italia (Anno 2004)

In Tab. n. 3 sono stati messi a confronto i tassi di notifica delle malattie infettive segnalate nell'AS 7, nell'anno 2006, con quelli relativi alla Regione Calabria ed Italia, nell'anno 2004. I tassi più elevati, in campo nazionale, sono stati a carico della Varicella, della Scarlattina, della Salmonellosi, della TBC polmonare e della Parotite epidemica.

“L'Epatite virale A, largamente prevenibile con il rispetto di norme di corretta preparazione igienico-sanitaria di alimenti e/o l'uso di acqua potabile, continua a rappresentare la quota maggiore dei casi totali di epatite” in Italia, mentre, a livello locale vengono notificati un numero maggiore di casi di Epatite B ed Epatite NANB.

Tra le malattie infettive maggiormente notificate in Calabria riscontriamo: la Varicella, il Morbillo, la Scarlattina, la Salmonellosi e la Brucellosi. Da segnalare il tasso di notifica relativo al Morbillo che appare più elevato a livello regionale che in Italia; dato che potrebbe essere

letto in due modi: campagne vaccinali poco efficaci o soddisfacente tasso di notifica della malattia rispetto alle altre regioni. Si ricorda che col “Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita”, nell’anno 2003 è stato approvato un accordo specifico tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome, che si propone di giungere all’eliminazione non solo del morbillo, ma anche dell’infezione da virus della rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da virus di rosolia congenita.

Tab. n.3  
 Notifica di alcune malattie infettive nei residenti nell’AS 7 (Anno 2006) e confronto con la Regione Calabria e l’Italia (Anno 2004) - Tassi per 100.000 ab.

Patologie	AS 7		Calabria		Italia	
	n. casi	t.n.	n. casi	t.n.	n. casi	t.n.
Blenorragia	0	0,00	0	0,00	418	0,73
Botulismo	1	0,41	1	0,05	27	0,05
Brucellosi	0	0,00	62	3,08	463	0,81
Diarrea inf	9	3,72	16	0,80	2572	4,51
Epatite A	1	0,41	24	1,19	2477	4,35
Epatite B	8	3,31	27	1,34	1171	2,05
Epatite NANB	8	3,31	20	0,99	393	0,69
Epatite virale non spec	0	0,00	9	0,45	53	0,09
Febbre tifoide	0	0,00	34	1,69	335	0,59
Legionellosi	0	0,00	0	0,00	592	1,04
Leishmaniosi cutanea	0	0,00	0	0,00	69	0,12
Leishmaniosi viscerale	5	2,07	6	0,30	175	0,31
Leptosirosi	0	0,00	0	0,00	38	0,07
Listeriosi	0	0,00	0	0,00	32	0,06
Meningite meningococcica	0	0,00	7	0,35	317	0,56
Meningoencefalite virale	3	1,24	28	1,39	722	1,27
Morbillo	0	0,00	270	13,42	686	1,20
Parotite epidemica	0	0,00	12	0,60	2604	4,57
Pertosse	0	0,00	8	0,40	1343	2,36
Rickettsiosi	2	0,83	42	2,09	555	0,97
Rosolia	0	0,00	13	0,65	461	0,81
Salmonellosi	25	10,34	118	5,87	9180	16,11
Scarlattina	23	9,51	236	11,73	22989	40,33
Sifilide	0	0,00	3	0,15	1345	2,36
TBC extra polmonare	0	0,00	1	0,05	1050	1,84
TBC polmonare	17	7,03	10	0,50	2976	5,22
Tularemia	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Varicella	65	26,89	1442	71,69	126051	221,16



## **BIOTERRORISMO**

*Dr. ssa Rosella Di Benedetto Dr. ssa Franca Faillace  
Coordinamento a cura della Prefettura di Catanzaro*

### **Premessa**

Il tragico abbattimento delle torri gemelle di Nuova York avvenuto l'11 settembre 2001, cui seguì l'invio di lettere all'antrace nel sistema postale americano, sono considerati il prodotto di un nuovo terrorismo.

La paura di una guerra batteriologica, in un clima di tensione che tutto il mondo oggi sta vivendo, ha spinto i paesi europei ad attivare piani di intervento nel caso di attacchi di bioterrorismo. Infatti, le armi chimiche e biologiche, come quelle nucleari appartengono alla sinistra categoria degli "strumenti di distruzione di massa". Con una differenza non da poco: i gas tossici, i virus ed i batteri letali sono più facili da produrre, comodi da trasportare e meno costosi degli ordigni nucleari; per questo li hanno definiti "la bomba atomica dei poveri".

La risposta al terrorismo NBC (nucleare, biologico, chimico) impegna tutti i livelli istituzionali della comunità internazionale, che perciò deve affrontare la minaccia, la cui novità non è rappresentata dal tipo di agenti, che sono noti per gli effetti sulla salute e sull'ambiente, bensì dalle modalità d'impiego e dall'intensità della percezione del rischio ad essi associato.

Al compito tradizionale di curare le vittime si affianca quello di sorvegliare per riconoscere tempestivamente gli eventi, prevenire a contenere i danni.

Anche l'Italia ha approvato un piano di emergenza rivolto alla "prevenzione a cura sanitaria".

Si tratta di un piano articolato secondo le direttive internazionali dove un aspetto importante è quello della informazione alla popolazione.

Questo perché l'effetto della "bomba atomica dei poveri" sulla popolazione va ben oltre quella puramente materiale e sanitario: creano psicosi, paura, paralisi.

La psicosi dell'attacco batteriologico ha già preso piede tra la gente. Pertanto, è dimostrato che è ancora necessario aumentare gli investimenti in programmi di formazione di tutti gli operatori facenti parte del sistema di difesa.

L'eventualità di un attacco terroristico porta alla necessità di aumentare il livello di comunicazione e di coordinamento fra tutte le istituzioni e gli enti interessati: Regione, ASL, Prefettura, Provincia, VV.FF, ospedali.

Sembra, pertanto, assai opportuna l'informazione che deve essere rivolta agli operatori coinvolti e che potrebbero essere bersaglio possibile dei terroristi, allo scopo di fornire la necessaria sicurezza che deriva dalla conoscenza del fenomeno e dalla consapevolezza che sarà comunque presente ed attiva una struttura che del problema si occupa.

L'INAIL in tutto questo, può portare un contributo in caso di attacco bioterroristico; occupandosi di un ambito con caratteristiche peculiari quali l'ambito lavorativo, ove la prevenzione e l'accertamento sulle malattie contratte nell'ambito medesimo è particolarmente seguita, la Contarp con la consulenza medica ha tutte le caratteristiche tecniche e culturali per porsi come un osservatore privilegiato di movimenti acuti di popolazione che da soli possono costituire un primo segnale di allarme per la sopravvivenza di patologie di origine anche diversa dalle tecnopatie.

### **Attività programmata tra INAIL-AS n.7 CZ con la collaborazione della Prefettura di Catanzaro.**

Il 23 luglio 2003 è stato realizzato il seminario di Informazione "BIOTERRORISMO" rivolto ad operatori di Enti e di Istituzioni coinvolti in caso di attacco al NBCR, organizzato dall'INAIL per la Dr. ssa Rosella Di Benedetto e dall'AS n. 7 di Catanzaro per la Dr. ssa Franca Faillace presso i locali della Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo di Catanzaro.

Il seminario, al quale hanno partecipato 25 persone facenti parte della Questura di Catanzaro, del Distretto Militare di Catanzaro, dell'Amministrazione provinciale di Catanzaro, dell'AS n.7 di Catanzaro, della Prefettura di Catanzaro, del Comando Provinciale Vigili del Fuoco di Catanzaro, del Comando provinciale Guardia di Finanza di Catanzaro, è stato realizzato in una giornata secondo il seguente programma:

9.00 – 10.30	Introduzione di carattere normativo e sanitario Dr. ssa Franca Faillace (Resp. Serv. Educaz. alla Salute)
--------------	---

10.30 – 10.45	Break
---------------	-------

10.45 – 12.00	Aggressivi Chimici Dr. ssa Rosella Di Benedetto (Resp. CON.T.A.R.P. regionale)
12.00 – 13.30	Aggressivi Biologici Dr. Giovanni Galuppo (Dir. Medico – INAIL Catanzaro)
13.30 – 15.00	Pranzo
15.00 – 17.00	Dibattito

Il 17.12.2003 sono stati invitati tutti i partecipanti del seminario al fine di vagliare le loro proposte relative all'argomento trattato.

L'interesse suscitato è andato oltre le aspettative, in quanto non solo si sono dimostrati molto sensibili all'argomento, trattato per la prima volta in Calabria, ma anche propositivi.

Tra i suggerimenti sottolineiamo quello del Capitano del Distretto Militare di Catanzaro, secondo cui "l'informazione non solo va riproposta, ma capillarizzata a livelli più bassi, all'interno del proprio Ente".

Il personale della Prefettura pone l'accento, sottolineando che tale iniziativa dovrebbe comportare anche il coinvolgimento dei Comuni, ricadenti sul territorio di Catanzaro, con una corretta informativa per il personale sensibile".

La Guardia di Finanza propone l'utilità di rifornire il personale afferente al 117 del Kit degli strumenti di protezione e di intervento in caso di eventuale attacco da NBC, anche se rimane il problema dei costi.

Gli altri partecipanti si sono dimostrati tutti concordi sul:

- 1) bisogno formativo
- 2) procedure corrette
- 3) linguaggio comune

La conclusione di tale incontro, che si è svolta in un clima di estrema cordialità e partecipazione, ci ha reso consapevoli della estrema importanza dell'argomento trattato, ma allo stesso tempo ci ha fatto riflettere sulle problematiche da affrontare e quindi di essere tutti pronti, ognuno per la propria parte, in caso di malagurato evento.

## **BIOTERRORISMO**

*Dr. ssa Rosella Di Benedetto Dr. ssa Franca Faillace  
Coordinamento a cura della Prefettura di Catanzaro*

### **Premessa**

Il tragico abbattimento delle torri gemelle di Nuova York avvenuto l'11 settembre 2001, cui seguì l'invio di lettere all'antrace nel sistema postale americano, sono considerati il prodotto di un nuovo terrorismo.

La paura di una guerra batteriologica, in un clima di tensione che tutto il mondo oggi sta vivendo, ha spinto i paesi europei ad attivare piani di intervento nel caso di attacchi di bioterrorismo. Infatti, le armi chimiche e biologiche, come quelle nucleari appartengono alla sinistra categoria degli "strumenti di distruzione di massa". Con una differenza non da poco: i gas tossici, i virus ed i batteri letali sono più facili da produrre, comodi da trasportare e meno costosi degli ordigni nucleari; per questo li hanno definiti "la bomba atomica dei poveri".

La risposta al terrorismo NBC (nucleare, biologico, chimico) impegna tutti i livelli istituzionali della comunità internazionale, che perciò deve affrontare la minaccia, la cui novità non è rappresentata dal tipo di agenti, che sono noti per gli effetti sulla salute e sull'ambiente, bensì dalle modalità d'impiego e dall'intensità della percezione del rischio ad essi associato.

Al compito tradizionale di curare le vittime si affianca quello di sorvegliare per riconoscere tempestivamente gli eventi, prevenire a contenere i danni.

Anche l'Italia ha approvato un piano di emergenza rivolto alla "prevenzione a cura sanitaria".

Si tratta di un piano articolato secondo le direttive internazionali dove un aspetto importante è quello della informazione alla popolazione.

Questo perché l'effetto della "bomba atomica dei poveri" sulla popolazione va ben oltre quella puramente materiale e sanitario: creano psicosi, paura, paralisi.

La psicosi dell'attacco batteriologico ha già preso piede tra la gente. Pertanto, è dimostrato che è ancora necessario aumentare gli investimenti in programmi di formazione di tutti gli operatori facenti parte del sistema di difesa.

L'eventualità di un attacco terroristico porta alla necessità di aumentare il livello di comunicazione e di coordinamento fra tutte le istituzioni e gli enti interessati: Regione, ASL, Prefettura, Provincia, VV.FF, ospedali.

Sembra, pertanto, assai opportuna l'informazione che deve essere rivolta agli operatori coinvolti e che potrebbero essere bersaglio possibile dei terroristi, allo scopo di fornire la necessaria sicurezza che deriva dalla conoscenza del fenomeno e dalla consapevolezza che sarà comunque presente ed attiva una struttura che del problema si occupa.

L'INAIL in tutto questo, può portare un contributo in caso di attacco bioterroristico; occupandosi di un ambito con caratteristiche peculiari quali l'ambito lavorativo, ove la prevenzione e l'accertamento sulle malattie contratte nell'ambito medesimo è particolarmente seguita, la Contarp con la consulenza medica ha tutte le caratteristiche tecniche e culturali per porsi come un osservatore privilegiato di movimenti acuti di popolazione che da soli possono costituire un primo segnale di allarme per la sopravvivenza di patologie di origine anche diversa dalle tecnopatie.

### **Attività programmata tra INAIL-AS n.7 CZ con la collaborazione della Prefettura di Catanzaro.**

Il 23 luglio 2003 è stato realizzato il seminario di Informazione "BIOTERRORISMO" rivolto ad operatori di Enti e di Istituzioni coinvolti in caso di attacco al NBCR, organizzato dall'INAIL per la Dr. ssa Rosella Di Benedetto e dall'AS n. 7 di Catanzaro per la Dr. ssa Franca Faillace presso i locali della Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo di Catanzaro.

Il seminario, al quale hanno partecipato 25 persone facenti parte della Questura di Catanzaro, del Distretto Militare di Catanzaro, dell'Amministrazione provinciale di Catanzaro, dell'AS n.7 di Catanzaro, della Prefettura di Catanzaro, del Comando Provinciale Vigili del Fuoco di Catanzaro, del Comando provinciale Guardia di Finanza di Catanzaro, è stato realizzato in una giornata secondo il seguente programma:

9.00 – 10.30	Introduzione di carattere normativo e sanitario Dr. ssa Franca Faillace (Resp. Serv. Educaz. alla Salute)
--------------	---

10.30 – 10.45	Break
---------------	-------

10.45 – 12.00	Aggressivi Chimici Dr. ssa Rosella Di Benedetto (Resp. CON.T.A.R.P. regionale)
12.00 – 13.30	Aggressivi Biologici Dr. Giovanni Galuppo (Dir. Medico – INAIL Catanzaro)
13.30 – 15.00	Pranzo
15.00 – 17.00	Dibattito

Il 17.12.2003 sono stati invitati tutti i partecipanti del seminario al fine di vagliare le loro proposte relative all'argomento trattato.

L'interesse suscitato è andato oltre le aspettative, in quanto non solo si sono dimostrati molto sensibili all'argomento, trattato per la prima volta in Calabria, ma anche propositivi.

Tra i suggerimenti sottolineiamo quello del Capitano del Distretto Militare di Catanzaro, secondo cui "l'informazione non solo va riproposta, ma capillarizzata a livelli più bassi, all'interno del proprio Ente".

Il personale della Prefettura pone l'accento, sottolineando che tale iniziativa dovrebbe comportare anche il coinvolgimento dei Comuni, ricadenti sul territorio di Catanzaro, con una corretta informativa per il personale sensibile".

La Guardia di Finanza propone l'utilità di rifornire il personale afferente al 117 del Kit degli strumenti di protezione e di intervento in caso di eventuale attacco da NBC, anche se rimane il problema dei costi.

Gli altri partecipanti si sono dimostrati tutti concordi sul:

- 1) bisogno formativo
- 2) procedure corrette
- 3) linguaggio comune

La conclusione di tale incontro, che si è svolta in un clima di estrema cordialità e partecipazione, ci ha reso consapevoli della estrema importanza dell'argomento trattato, ma allo stesso tempo ci ha fatto riflettere sulle problematiche da affrontare e quindi di essere tutti pronti, ognuno per la propria parte, in caso di malagurato evento.

**SERVIZIO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE**

*Dr.ssa F. Faillace*

*Progetto:*

**Ricerca dato**

*Responsabile del progetto:*

**Assistente sanitario Antonio Tomaselli**

Ente di appartenenza:

Servizio di Educazione alla Salute

Via Milelli Catanzaro

Telefono 0961.727834 - e-mail asl7sescz@abramo.it

*Altre strutture aziendali coinvolte:*

**Distretti Sanitari A.S. n° 7 Catanzaro:**

n° 1 Catanzaro

n° 2 Catanzaro Lido

n° 3 Soverato

*Altri soggetti coinvolti (alleanze con altri soggetti pubblici e privati)*

**Istituti Scolastici Statali**

**ISTAT**

*Target*

• **Studenti Istituti Scolastici Statali Comprensivi:**

- 1) Simeri Crichi
- 2) Gimigliano
- 3) Cropani
- 4) Sersale
- 5) Botricello
- 6) Satriano
- 7) Chiaravalle
- 8) Davoli
- 9) Taverna
- 10) Zagarise
- 11) Borgia
- 12) Girifalco

13) Sellia Marina

14) Squillace

• **Studenti Scuola Media Statale:**

Istituto Ugo Foscolo - Soverato (CZ)

• **Alunni Direzione Didattica:**

1° e 2° Circolo Didattico di Soverato (CZ)

9° Circolo Didattico di Catanzaro

*Destinatari*

**Studenti coinvolti:** numero 4765 fascia di età 7/14 anni

*Stato del progetto*

**Progettazione** [X]

**Terminata la Fase della Conoscenza** [X]

*Durata del progetto*

**Anno scolastico:** 2005/06

*Componenti gruppo lavoro*

- **Dr.ssa F. Faillace** - Responsabile Servizio di Educazione alla Salute
- **Assistente sanitario Antonio Tomaselli** - Servizio di Educazione alla Salute
- **Assistente sanitario esperto Enrico Ambrosio** - Direzione Distretto Sanitario n° 2

*Premessa*

In riferimento al P.S.N. e al P.S.R. (obiettivo 1.7 Educazione alla Salute), in merito al problema obesità ed ai bisogni di salute ad essa correlati, questa U.O. intende acquisire dei Dati su campione target a scopo comparativo con quelli nazionali circa la percentuale dei soggetti obesi ed in sovrappeso nella fascia di età 7/14 anni

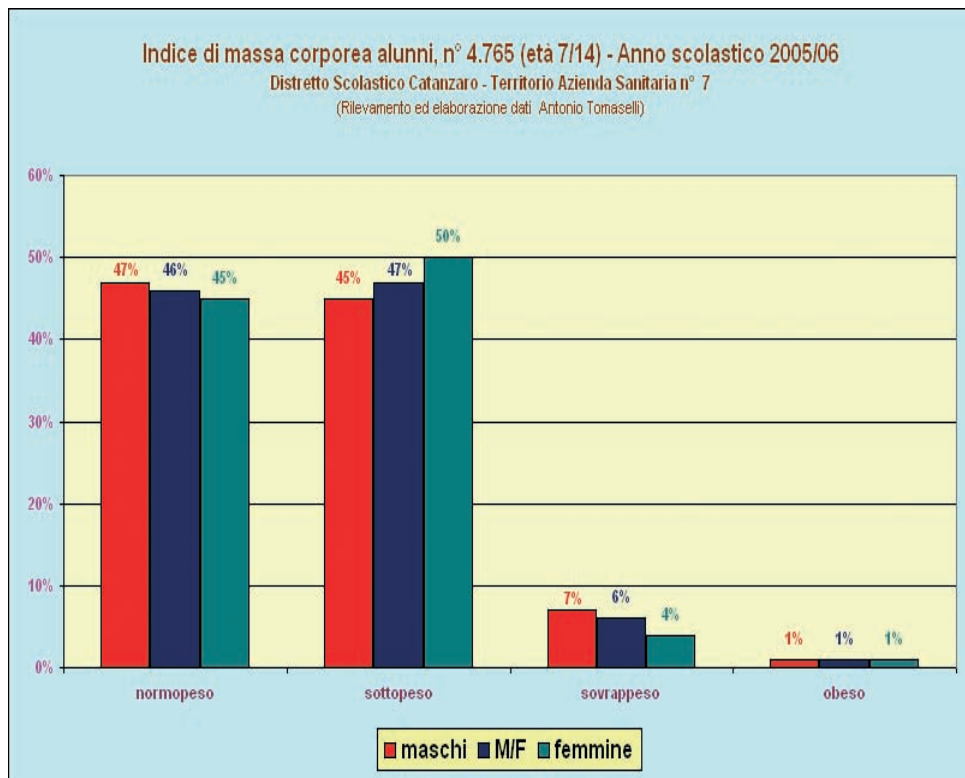
*Presentazione sintetica del progetto*

Acquisizioni di dati a livello locale per eventuali azioni educative mirate da parte dei Servizi dell'A.S. n° 7, finalizzate a correggere comportamenti a rischio



### Indicatori di gradimento

I Referenti degli Istituti Scolastici coinvolti attestano che la Ricerca si è svolta in modo esaustivo e professionale



## **Prevenzione dai rischi legati dalla presenza di amianto nell'ambiente**

L'amianto, chiamato anche asbesto, minerale naturale a struttura fibrosa appartenente alla classe chimica dei silicati, è presente naturalmente in molte parti del globo terrestre, come anche nel territorio di competenza della nostra Azienda Sanitaria.

È stato utilizzato fino agli anni 1980 per produrre cemento-amianto, materiale utilizzato per lastre, tubi, cisterne, pannelli antincendio, ma anche per guarnizioni, dischi dei freni, coibentazioni termiche e acustiche in navi, treni etc.

La sua resistenza al calore e la sua struttura fibrosa lo rendono adatto come materiale per indumenti e tessuti da arredamento a prova di fuoco, ma la sua nocività per la salute ha portato a vietarne l'uso in Italia con la legge 257/1992. Le polveri di amianto, respirate, provocano l'asbestosi alla quale possono associarsi tumori quali il mesotelioma della pleura e carcinomi bronchiali, inguaribili e mortali.

L'asbestosi insieme alla silicosi è la malattia per la quale l'INAIL ha riconosciuto e indennizzato il maggior numero di invalidità.

L'amianto in passato veniva utilizzato per la coibentazione di edifici, tetti, navi (ad esempio le portaerei), treni, come materiale d'edilizia (tegole, pavimenti, tubazioni, vernici), per la realizzazione di tute utilizzate dai vigili del fuoco, nell'industria automobilistica (vernici, parti meccaniche), ma anche per la fabbricazione di corde, plastica e cartoni, per cui è una sostanza molto diffusa. Inoltre è un materiale molto comune in natura.

L'amianto diventa pericoloso quando può disperdere le sue fibre nell'ambiente circostante per effetto di qualsiasi tipo di sollecitazione meccanica, eolica, da stress termico o dilavamento da acqua piovana.

Una fibra di amianto è 1300 volte più sottile di un capello umano e non esiste una soglia di rischio al di sotto della quale la concentrazione di fibre di amianto nell'aria non è pericolosa: è sufficiente l'inalazione di una sola fibra per causare il mesotelioma o altre patologie mortali.

L'obiettivo che questa Unità Operativa si è prefissato è stato quello di monitorare, nel territorio di competenza, l'eventuale presenza di manufat-

ti ed applicazioni industriali ed edilizie o di prodotti di consumo contenenti amianto e verificare, di volta in volta, lo stato della loro conservazione, al fine di ridurre al minimo il potenziale pericolo per la salute umana legato all'eventuale aereodispersione di fibre, adottando, quindi, le opportune azioni, coinvolgendo altre istituzioni locali.

<b>Sopralluoghi manufatti con coperture in cemento amianto</b>	
<b>Territori comunali controllati</b>	<b>Numero sopralluoghi espletati</b>
Catanzaro	25
Albi	4
Argusto	1
Borgia	3
Botricello	1
Girifalco	3
Magisano	1
Sellia Superiore	1
Settingiano	1
Simeri Crichi	4

Si sono anche programmati ed attuati controlli sul territorio di competenza onde individuare discariche abusive nelle quali, spesso, si rinven-  
gono manufatti di cemento-amianto, derivanti da opere di rimozione, illecita-  
mente abbandonati.

<b>Territori comunali controllati</b>	<b>Numero discariche abusive riscontrate</b>
Catanzaro	18
Botricello	1
Caraffa	2
Cropani Marina	1
Magisano	2
Marcellinara	9
Pentone	1
Sellia Marina	4
Sellia Superiore	1
Settingiano	3
Simeri crichi	5
Soveria Simeri	1
Squillace - Stalettì	2
Tiriolo	2

Dalle indagini espletate è emersa prevalentemente la presenza, soprat-  
tutto nel territorio del capoluogo, sia di manufatti con coperture in eternit  
in cattive condizioni di conservazione, che di discariche abusive nel cui  
contesto sono stati riscontrati materiali contenenti cemento-amianto.

Di minore portata, anche se della stessa rilevanza igienico-sanitaria

ambientale, i dati emersi dai controlli effettuati sul restante territorio di competenza della nostra Azienda Sanitaria.

I titolari delle strutture individuate sono stati da questa Unità Operativa invitati, secondo i disposti della normativa vigente in materia (Legge 257/92 e D.M. 6/9/1994 che prevede interventi di incapsulamento-confinamento e/o rimozione), ad assicurare, per il tramite di ditta all'uopo autorizzata, un adeguato periodico controllo e manutenzione delle coperture in questione al fine di evitare nel tempo il degrado delle lastre di eternit, potenziale pericolo di dispersione di fibre di amianto nell'atmosfera.

Per quanto concerne il materiale contenente cemento-amianto riscontrato nelle discariche abusive disseminate nel territorio, questa Unità Operativa ha investito, di volta in volta, gli Enti Locali giurisdizionalmente competenti affinché si attivassero, per il tramite di ditte autorizzate, al suo recupero e successivo smaltimento a norma di legge.

L'attività svolta ha dato i risultati sperati sulla base della finalità cui tutti gli sforzi sono stati protesi, nella convinzione che il beneficio apportato all'ambiente, sia di certo un valido tributo alla salute umana.

## **IGIENE ALIMENTI**

*U. O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione  
Via De Gasperi, n.16 - Tel/Fax: 0961/726375  
88100 - Catanzaro*

### **Alcuni dati sulle patologie a trasmissione alimentare**

Nonostante negli ultimi decenni si siano compiuti progressi notevoli nel campo della prevenzione delle malattie infettive, le patologie infettive a trasmissione alimentare continuano ancora a rappresentare un problema primario per la Sanità Pubblica.

L'incidenza di queste ultime, tuttavia, è difficilmente stimabile ma alcuni dati sono sufficienti a dare una idea della dimensione del problema.

Si stima che negli USA si verificano ogni anno 76 milioni di casi, con 325.000 ricoveri e circa 5.000 decessi.

In Italia nell'anno 2000 sono stati notificati n. 14.460 casi di tossinfezione; non sono stati intrapresi, tuttavia, studi che forniscano le stime dei casi totali (notificati e non).

Secondo alcuni ricercatori, gli agenti responsabili delle tossinfezioni alimentari sarebbero i virus nel 67% dei casi, i batteri nel 30% e i parassiti nel 3%. E' opportuno precisare che sotto la dizione di "tossinfezione alimentare" comunemente si fanno comprendere anche i casi di infezione alimentare.

In Italia, dunque, è evidente la notevole sottostima dei casi ufficializzati di tossinfezione alimentare, attraverso la notifica prevista dalla normativa vigente, rispetto al numero dei casi reali che, molto verosimilmente, è di gran lunga più alto.

Tutto ciò è dovuto ad inadempienze rispetto all'obbligo della notifica, previsto dal D.M. 15 Dicembre 1990, fenomeno questo che si registra in tutto il territorio nazionale.

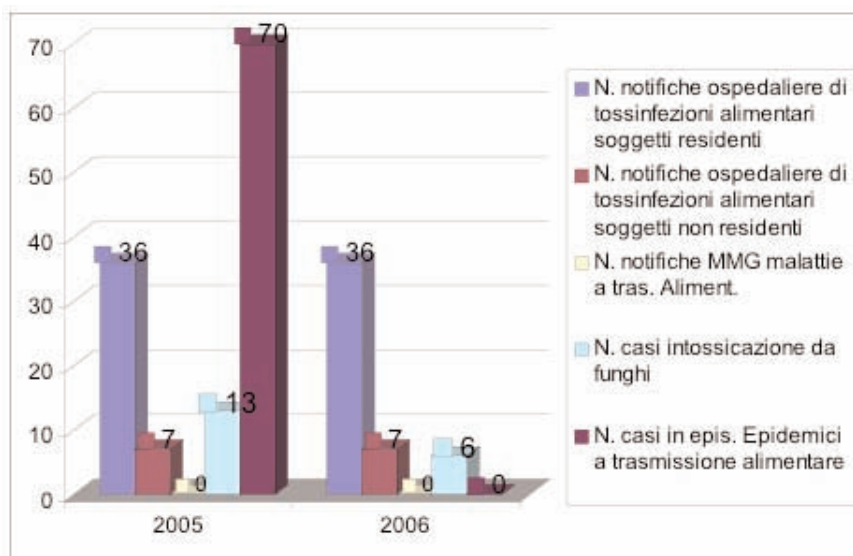
Anche per il territorio dell'Azienda Sanitaria n.7 di Catanzaro, i casi di tossinfezione alimentare che vengono notificati annualmente rappresentano certamente una percentuale esigua rispetto al presunto numero reale.

L'Unità Operativa di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, che è deputata all'espletamento delle indagini epidemiologiche per tali casi, riceve le notifiche quasi esclusivamente da parte di due complessi Ospedalieri ("Soverato-Chiaravalle" e "Pugliese-Ciaccio"). La maggior

parte di tali denunce riguardano casi sospetti di tossinfezione alimentare non ancora diagnosticati. Tale procedura è stata attivata appositamente al fine di consentire l'avvio tempestivo delle indagini epidemiologiche, facilitando così risultati più efficaci. Di tutti i casi sospetti, solo in una percentuale relativamente bassa si arriva alla diagnosi eziologica (< al 40%). Probabilmente ciò è dovuto al fatto che la gran parte delle tossinfezioni è di natura virale.

I dati che vengono riportati nella tabella allegata si riferiscono ai casi in toto di tossinfezione, di intossicazione e di infezione di origine alimentare che sono stati registrati negli anni 2005 e 2006 nel territorio dell'Azienda Sanitaria n.7 di Catanzaro. Dal conteggio sono state considerate separatamente le intossicazioni da funghi e gli episodi epidemici. Di questi ultimi ne sono stati registrati 3 nell'anno 2005, due di tipo infettivo e uno tossifettivo, e nessuno nel corso del 2006. E' opportuno precisare che relativamente agli episodi epidemici, per quelli di natura infettiva l'indagine epidemiologica è scaturita su autoattivazione e non dopo il ricevimento della notifica.

Facendo un raffronto tra i due anni presi in considerazione, si può affermare che nel corso del 2006 si è registrato un numero di casi totali di malattie chiaramente inferiore rispetto all'anno precedente. Ciò è da interpretare unicamente come tendenza alla riduzione nel tempo delle patologie a trasmissione alimentare nella popolazione, senza attribuire un significato statisticamente valido alla percentuale di tale riduzione. Tale tendenza trova conferma con quanto già osservato nel corso degli anni



precedenti al 2005. La minore incidenza dei casi di intossicazione da funghi registrata nel corso del 2006 rispetto all'anno precedente, invece, assume un significato statisticamente importante. Questo risultato positivo per la salute pubblica va attribuito ad una apposita campagna di sensibilizzazione che è stata messa in atto, nel corso del 2006, per la prevenzione di tale tipo di intossicazioni.

Confrontando i dati relativi al territorio dell'Azienda Sanitaria n. 7 con quelli nazionali, si evidenzia che nel primo abbiamo annualmente 1 caso di tossinfezione ogni 6944 abitanti, contro un dato nazionale di 1 ogni 3873 abitanti. Tale differenza significativa della incidenza dei casi di tossinfezione può trovare spiegazioni varie: una minore reale incidenza, un uso minore della notifica nel nostro territorio rispetto alla tendenza su scala nazionale, ambedue i fattori precedenti.

Dai dati in nostro possesso, possiamo affermare che molto probabilmente la apparente minore incidenza delle tossinfezioni nel territorio della Azienda Sanitaria n. 7 sia dovuta ad una maggiore "evasione" rispetto all'obbligo di notifica. Ciò pone la necessità di avviare una campagna di sensibilizzazione nei confronti di tutti i soggetti interessati alla notifica delle patologie a trasmissione alimentare.

### **Pasti differenziati nelle mense scolastiche**

Nel territorio di competenza dell'A.S. n° 7 di Catanzaro, le mense scolastiche somministrano mediamente circa 4000 pasti giornalieri.

Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, su richiesta delle Amministrazioni Comunali o delle Amministrazioni di Scuole private, fornisce consulenze di ordine dietetico- nutrizionale per l'adozione delle relative tabelle dietetiche.

I responsabili del servizio di refezione (Amministrazioni Comunali e Amministrazioni di Scuole private), assicurano la possibilità di ottenere anche pasti differenziati al fine di soddisfare particolari bisogni presenti nella popolazione scolastica.

I pasti differenziati rispondono, di volta in volta, a particolari esigenze individuali, cliniche o etico-religiose di alcuni piccoli utenti.

Anche le tabelle dietetiche speciali per patologia, sono elaborate dal SIAN, sulla scorta delle necessarie certificazioni mediche, avendo cura di apportare solo le modifiche indispensabili al menù generale condiviso con gli altri.



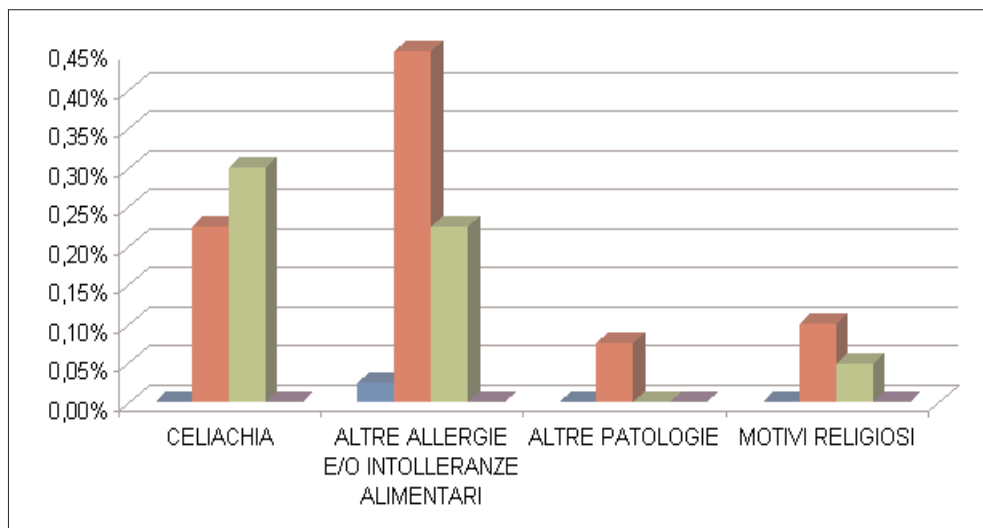
Nel territorio dell'AS 7 è stata utilizzata uniformemente la modulistica proposta dal nostro Servizio per la richiesta di menu differenziati.

Lo schema seguente riassume i dati relativi ai pasti speciali per all'anno scolastico 2006-07.

Evidente è la maggiore prevalenza dei casi di allergia e/o intolleranza alimentare, compresi favismo e celiachia (per quest'ultima, in considerazione della relativa elevata prevalenza, i dati vengono riportati separatamente).

Nel gruppo indicato come altre patologie sono presenti anche diete modificate, solo nella consistenza, per patologie neurologiche.

I pasti differenziati per motivi religiosi nel nostro territorio sono tutti richiesti da soggetti di religione islamica.



## DIPARTIMENTO DI SANITÀ' PUBBLICA VETERINARIA

*Servizio di Sanità Animale: Direttore dott. Francesco CORAPI*

*Coautori : dott. A. Marino, R. Aiello, A. Fratto, D. Garcea,*

*G. Gualtieri, M. Miceli, L. Placida, G. principato, N. Proto, A. Zinghini*

### **Applicazione di un sistema informativo geografico alla sorveglianza epidemiologica della tubercolosi e della brucellosi.**

#### **Introduzione**

Il termine sorveglianza epidemiologica viene usato per indicare un sistema attivo di informazione e analisi finalizzato all'osservazione e verifica continue dello stato sanitario delle popolazioni, al fine di mettere in atto azioni di controllo e prevenzione efficaci ed efficienti. Questa attività richiede un sistema per la raccolta, l'analisi, la rappresentazione e diffusione delle informazioni sia agli organi di governo, che ai singoli individui interessati.

Scopo della sorveglianza epidemiologica infatti è quello di permettere, mediante un monitoraggio continuo dello stato sanitario delle popolazioni, la pianificazione delle azioni veterinarie al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili. Ciò significa che la sorveglianza è un metodo generale per identificare e risolvere i problemi.

Uno dei metodi usati per identificare e quantificare i bisogni di prestazioni veterinarie e per valutarne l'erogazione è l'uso degli indicatori. Un indicatore è un'informazione sintetica in grado di descrivere sia lo stato sia la dinamica del sistema studiato. Per generare una serie di indicatori è però necessaria un'accurata analisi dei bisogni informativi, diversi a seconda del livello organizzativo interessato.

Gli indicatori generati devono fornire informazioni non solo sullo stato sanitario delle popolazioni animali, ma anche sulle capacità dei Servizi Veterinari di fronteggiare i problemi sanitari. Di ogni indicatore generato devono, inoltre, essere forniti i criteri interpretativi in modo tale che l'operatore, che non necessariamente deve essere un tecnico, abbia in mano tutte le informazioni necessarie per la migliore utilizzazione delle risorse.

L'impiego dei Sistemi Informativi Geografici (GIS) appare particolarmente efficace nell'individuazione sia delle aree con maggior domanda sia di quelle con minor offerta di prestazioni sanitarie, fornendo così gli strumenti utili per la gestione e il governo delle attività veterinarie.

Scopo del presente lavoro è dimostrare come sia possibile generare, a partire dalle attività correnti di rilevazione dei focolai delle malattie infettive degli animali, una serie di indicatori rappresentabili attraverso un GIS per il governo dei servizi veterinari.

## Materiali e Metodi

I dati utilizzati nel presente lavoro derivano da un archivio informatizzato che il Servizio Veterinario ha creato e implementa giornalmente. Nell'archivio (Tabella 1) vengono riportate informazioni sia sul numero dei focolai che sul numero dei capi coinvolti.

**Tabella 1: Report** sullo stato sanitario del bestiame (sono state evidenziate le informazioni del modello utilizzate).

Malattia	Comune	Focolai rimasti dal mese precedente	Focolai denunciati durante il mese	Focolai estinti durante il mese	RIEPILOGO DEI DATI relativi all'andamento delle malattie						Che non hanno contratto la malattia	Focolai in atto alla fine del mese
					Animali ricettivi							
					Esistenti all'inizio		Che hanno contratto la malattia					
					Spese	Numero	In complesso	Morti	Abbattuti	Guariti		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

I dati relativi alle popolazioni animali sono stati ricavati dalle anagrafi create presso la BDN e presso l'ASL.

Sono stati elaborati i dati relativi ai focolai di tubercolosi bovina (TBC), brucellosi bovina e brucellosi ovi-caprina (BRC) denunciati nell'ASL 7 nel periodo 2003 - 2004 (I semestre).

Gli indici calcolati sono stati i seguenti:

1. **Prevalenza.** È stata calcolata la prevalenza di malattia al primo gennaio come rapporto tra il numero di focolai attivi per ogni comune (colonna 3 - "Focolai rimasti dal mese precedente") e il numero di aziende esistenti in quel comune.
2. **Incidenza.** È stata calcolata l'incidenza annua come rapporto tra il numero di focolai denunciati nell'anno per ogni comune (colonna 4 - "Focolai denunciati durante il mese") e il numero di aziende esistenti in quel comune.
3. **Tasso di estinzione.** È stato calcolato il tasso mensile di estinzione dei focolai come rapporto tra il numero di focolai estinti (colonna 5 - "Focolai estinti durante il mese") e la somma dei focolai presenti durante lo stesso mese (somma dei focolai riportati nelle colonne 3

e 4). I tassi di estinzione rappresentano la porzione di focolai attivi che viene estinta, la media su base annuale di questi tassi è stata utilizzata per determinare l'indicatore relativo alla variazione della velocità di estinzione dei focolai.

Gli indicatori calcolati sono stati i seguenti:

1. Andamento della malattia. L'andamento della malattia in un determinato territorio può essere rappresentato semplicemente come differenza tra il numero dei focolai estinti (colonna 5) e quello dei focolai denunciati (colonna 4) nello stesso periodo. In questo caso è possibile visualizzare dove si verifica un aumento o una diminuzione della prevalenza, senza però valutarne l'entità. La rappresentazione di questo indicatore su mappa tematica ha richiesto la codifica delle possibili situazioni secondo i criteri riportati in Tabella 2.

Tabella 2: **Codifiche utilizzate per mappare l'andamento della malattia.**

Condizione principale	Condizione accessoria	Codifica	Descrizione
Foc. denunciati - Foc. estinti > 0		1	<b>Malattia in diffusione</b>
Foc. denunciati - Foc. estinti = 0	Foc. rimasti + Foc. denunciati = 0	0	<b>Malattia assente</b>
Foc. denunciati - Foc. estinti = 0	Foc. rimasti + Foc. denunciati > 0	-2	<b>Malattia in equilibrio</b>
Foc. denunciati - Foc. estinti < 0		-1	<b>Malattia in regresso</b>

Poiché, però, l'aumento della malattia in un determinato territorio può essere dovuto sia ad un aumento dell'incidenza che ad una diminuzione della velocità di estinzione dei focolai, per permettere una corretta valutazione dell'andamento della malattia è stato necessario calcolare anche altri indicatori descrittivi di questi fenomeni.

2. Variazione dell'incidenza della malattia. La variazione dell'incidenza della malattia è stata valutata attraverso il calcolo di un indicatore così definito:

$$I = (HI - X) / S$$

dove:

HI = incidenza della malattia;

X = media della incidenza verificatasi nel decennio precedente;

S = deviazione standard dell'incidenza verificatasi nel decennio precedente.

L'indicatore "E" risulta in questo modo standardizzato e ciò ne rende immediata l'interpretazione (Tabella 3):

Tabella 3: Criteri per l'interpretazione dell'indicatore "E".

Valore indicatore E	Codifica	Descrizione
E > 1.96	2	Epidemia in atto nell'anno considerato
E = indeterminato	0	Malattia assente nel periodo
-1.96 ≤ E ≤ 1.96	1	Situazione di endemia
E < -1.96	-1	Malattia in diminuzione significativa

Tale indicatore viene calcolato per anno e per ciascun comune dell'ASL 7. La rappresentazione di questo indicatore su mappa tematica ha richiesto anche il calcolo della media ( $\hat{I}$ ) e della deviazione standard ( $\hat{U}$ ) dell'indicatore a livello territoriale per lo stesso anno. Le possibili situazioni sono state codificate secondo i criteri riportati in Tabella 4.

Tabella 4: Codifiche utilizzate per la mappatura dell'indicatore "E".

Valore indicatore E	Codifica	Descrizione
E = indeterminato	0	Malattia assente nel periodo
E < (v-1.50a)	1	Malattia in diminuzione significativa nell'anno
( $\mu-1.50a$ ) < E < ( $\mu+0.50a$ )	2	Malattia in diminuzione nell'anno
( $\mu-0.50a$ ) < E < ( $\mu+0.50x$ )	3	Malattia stazionaria
( $\mu+0.50x$ ) < E < ( $\mu+1.50x$ )	4	Malattia in aumento nell'anno
E > ( $\mu+1.50a$ )	5	Malattia in aumento significativo nell'anno

3. Variazione della velocità di estinzione dei focolai. La variazione della velocità di estinzione dei focolai è stata valutata attraverso il calcolo di un indicatore così definito:

$$V = (C - \hat{I}C) / \hat{U} \text{ dove:}$$

C = tasso mensile di estinzione dei focolai;

$\hat{I}C$  = media del tasso mensile di estinzione registrato nell'anno 2003;

$\hat{U}C$  = deviazione standard del tasso mensile di estinzione registrato nell'anno 2003.

La rappresentazione di questo indicatore su mappa tematica ha richiesto la codifica delle possibili situazioni secondo i criteri riportati in Tabella 5.

Tabella 5: Codifiche utilizzate per mappare l'indicatore "V"			
Anno 2003	Anno 2004 (I semestre)	Codifica	Descrizione
Tasso estinzione indeterminato	Tasso estinzione indeterminato	0	Malattia sempre assente
Tasso estinzione indeterminato	Tasso estinzione = / > 0	1	Malattia scomparsa nel 2004
V > 1,96		2	Velocità in aumento
-1,96 = <V ≤ 1,96		3	Velocità stabile
V < .1,96		4	Velocità in diminuzione
	Tasso estinzione = 0	5	Focolai non estinti 2003
Tasso estinzione = / > 0	Tasso estinzione indeterminato	6	Malattia solo nel 2004

Nella redazione delle mappe tematiche, ad ogni possibile situazione è stato associato un colore, in modo da rendere immediata l'interpretazione dei valori assunti dagli indici e dagli indicatori. È stato utilizzato il rosso per segnalare le aree con situazioni "sfavorevoli", il verde per quelle con situazione "favorevole" e il giallo per le situazioni intermedie. Bianco, grigio e nero sono stati utilizzati rispettivamente per descrivere le aree in cui la malattia era assente, quelle dove non è stato possibile calcolare gli indici o gli indicatori e quelle da cui non sono pervenuti i dati.

Per valutare l'eventuale associazione tra l'andamento delle malattie considerate rispetto a incidenza e velocità di estinzione dei focolai è stata utilizzata l'analisi della varianza non parametrica di Kruskal -Wallis.

### Risultati

Nelle Figure 1 e 2 sono state rappresentate rispettivamente la prevalenza e l'incidenza di TBC registrate nell'ASL 7 durante il periodo di riferimento. Gli stessi dati relativi alla BRC sono stati illustrati nelle Figure 6 e 7. L'esame delle mappe permette di evidenziare con facilità i comuni in cui si sono verificati durante l'anno focolai di infezione e l'entità del fenomeno.

Nelle Figure 3 e 8 viene descritto l'andamento assunto rispettivamente dalla TBC e dalla BRC nell'ASL 7 nel periodo di riferimento. I comuni in cui si è registrato un aumento della prevalenza a fine anno sono stati evidenziati in rosso.

Nelle Figure 4 e 9 sono state messe a confronto rispettivamente l'incidenza di TBC e di BRC registrate nel 2004 con quelle medie rilevate nell'anno precedente. I comuni in cui l'incidenza del 2004 è risultata significativamente superiore a quella media sono stati evidenziati in rosso scuro. Nelle Figure 5 e 10 sono state messe a confronto, rispettivamente per TBC e BRC, la velocità di estinzione dei focolai nel 2004 con quella media rilevata nel 2003. I comuni in cui la velocità di estinzione è risultata significativamente in aumento rispetto alla media sono stati evidenziati in verde.

L'andamento della TBC è risultato associato significativamente sia con l'incidenza ( $\chi^2=15.63$ ;  $p=0.0004$ ) che con la velocità di estinzione dei focolai ( $\chi^2=10.34$ ;  $p=0.0057$ ). Anche l'andamento della BRC è risultato associato significativamente sia con l'incidenza ( $\chi^2=47.62$ ;  $p<0.0001$ ) che con la velocità di estinzione dei focolai ( $\chi^2=22.21$ ;  $p<0.0001$ ).

Come atteso, per la TBC l'associazione è risultata positiva, mentre per la BRC l'associazione è stata negativa, e la spiegazione è nella differenza del numero di controlli effettuati nel 2003 e nel 2004 (I semestre).

## Discussione

La rappresentazione di dati attraverso un GIS permette una immediata analisi di un fenomeno legato ad un territorio. La prevalenza e l'incidenza, ad esempio, possono essere analizzate a livello spaziale individuando così aree ad elevata incidenza o in cui l'infezione si manifesta con maggiore frequenza, permettendo inoltre di evidenziare e monitorare gli allevamenti confinanti con quelli colpiti da infezione. La localizzazione di ogni singolo allevamento, infatti, è stata fatta dai veterinari e dai tecnici della prevenzione del Servizio utilizzando il sistema GPS durante l'epidemia di Blue Tongue del 2002, e verrà ulteriormente implementato con l'avvio del Sistema SI.Mo.RA. che sta per essere utilizzato in tutto il Dipartimento di Prevenzione dell'A.S. 7 di Catanzaro.

Con il presente lavoro si è voluto verificare la possibilità di usare dati correnti per individuare le aree con maggiore richiesta di prestazioni veterinarie, attraverso il calcolo di specifici indicatori in grado di permettere una valutazione della dinamica del fenomeno, evidenziando aree in cui c'è un'epidemia in atto o nelle quali si è verificato un rallentamento nelle attività di risanamento degli allevamenti infetti.

Il confronto tra i diversi indicatori, facilmente attuabile mediante la sovrapposizione delle relative mappe tematiche, permette, se effettuato per tutte le malattie infettive considerate prioritarie, di valutare la "domanda" di prestazione veterinaria e la relativa "offerta" da parte dei Servizi Veterinari ASL.

In questo caso sono state prese in considerazione due sole malattie, ma dall'analisi degli indicatori è stato comunque possibile rilevare un'associazione tra l'aumento del numero di focolai ancora aperti, l'aumento dell'incidenza dell'infezione e la diminuzione della velocità di estinzione dei focolai denunciati da parte dei Servizi Veterinari.

Per il raggiungimento dell'obiettivo dell'eradicazione di queste malattie, si rende pertanto necessaria non solo una verifica delle possibili cause che hanno portato in determinate aree al verificarsi di un'epidemia, ma anche dei possibili fattori che influiscono negativamente sulle operazioni di risanamento dei focolai.

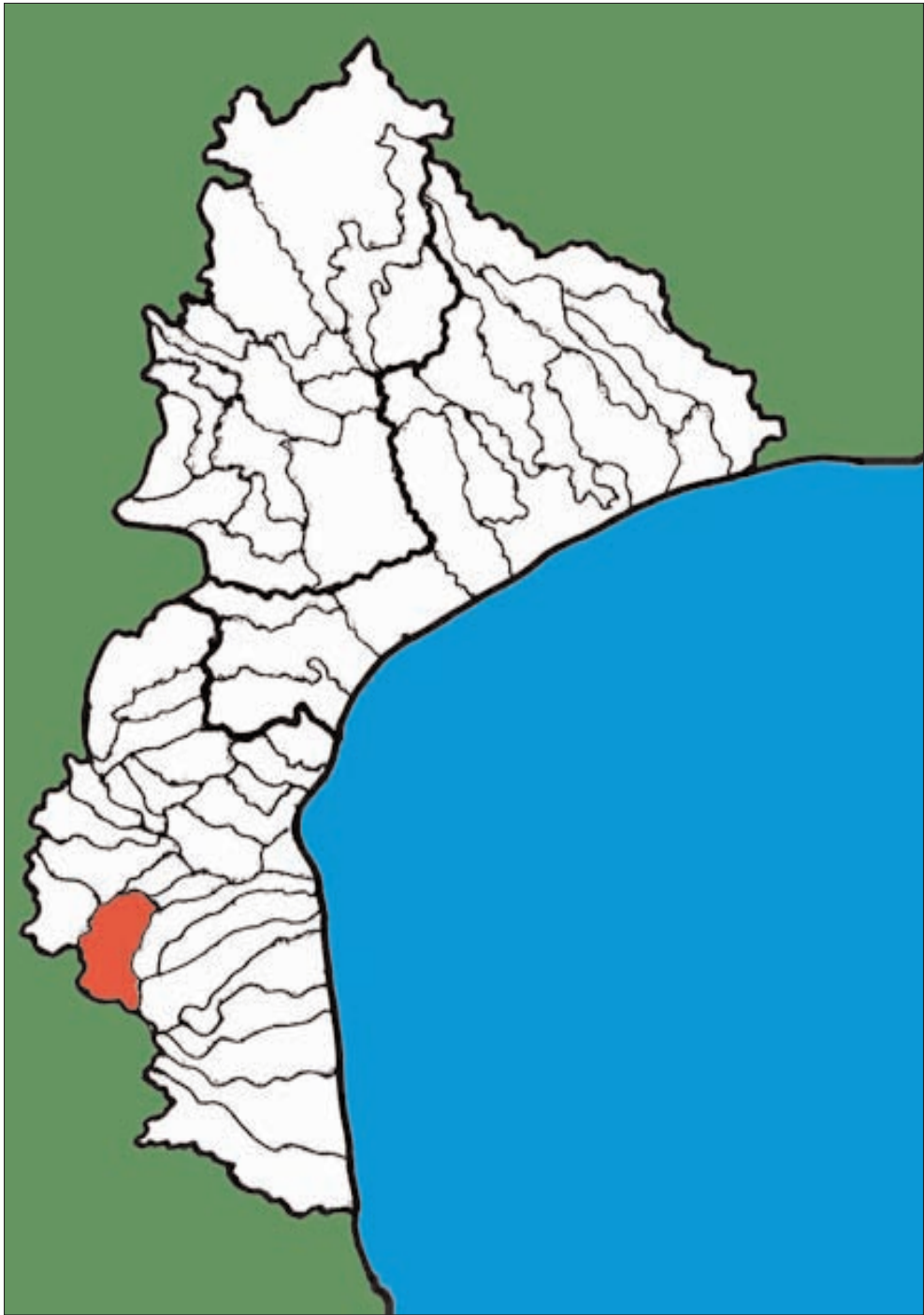
## **Riassunto**

Gli autori hanno generato, a partire dalle attività correnti di rilevazione dei focolai delle malattie infettive degli animali, una serie di indicatori in grado di permettere la valutazione dell'andamento delle patologie prese in considerazione. Hanno inoltre dimostrato che la rappresentazione attraverso mappe tematiche degli stessi permette un'immediata valutazione delle aree di maggior domanda di prestazioni sanitarie da parte dei Servizi Veterinari.

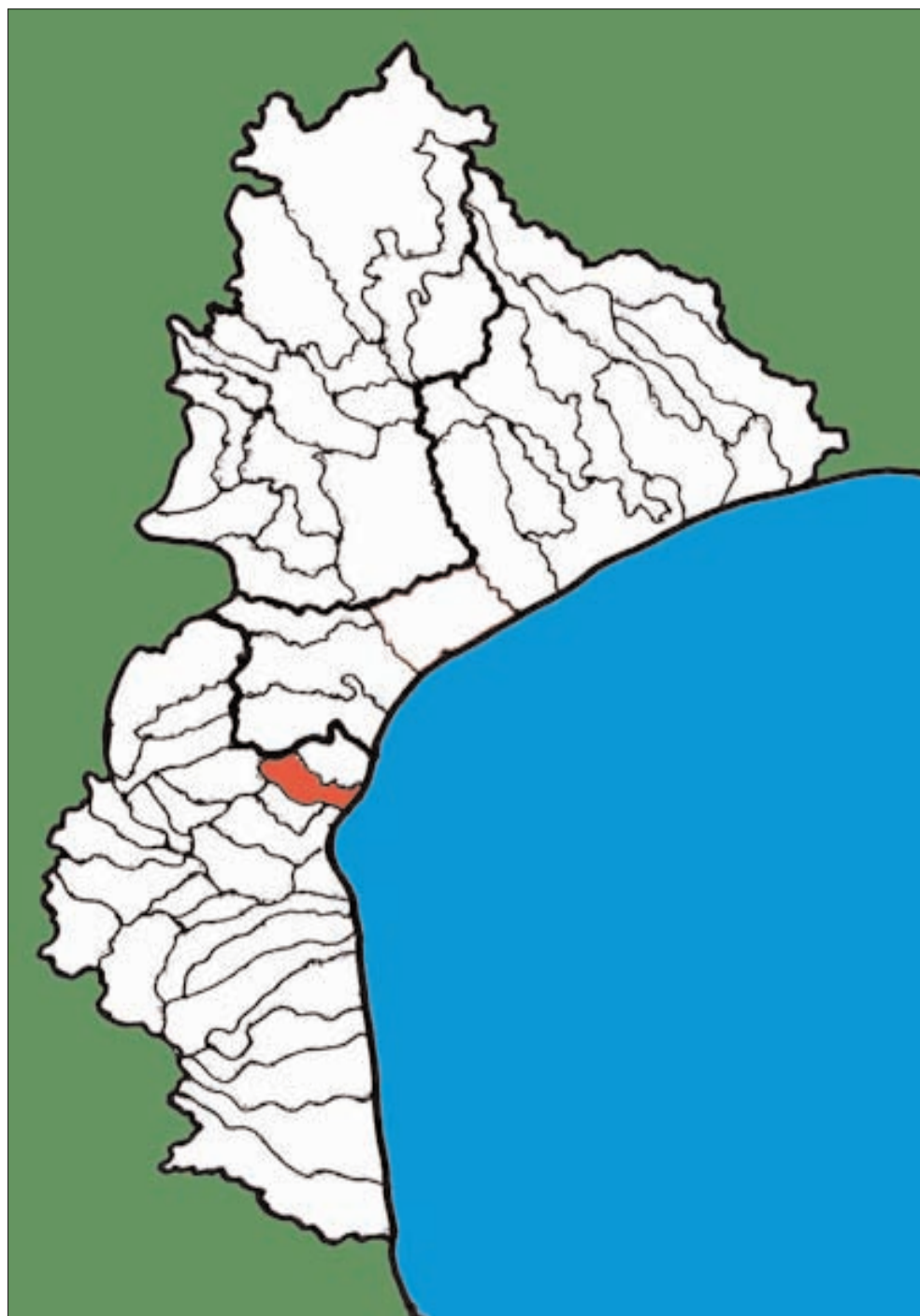
## **Parole chiave**

Indicatore, Tubercolosi, Brucellosi, Sistema Informativo Geografico, Sorveglianza epidemiologica.

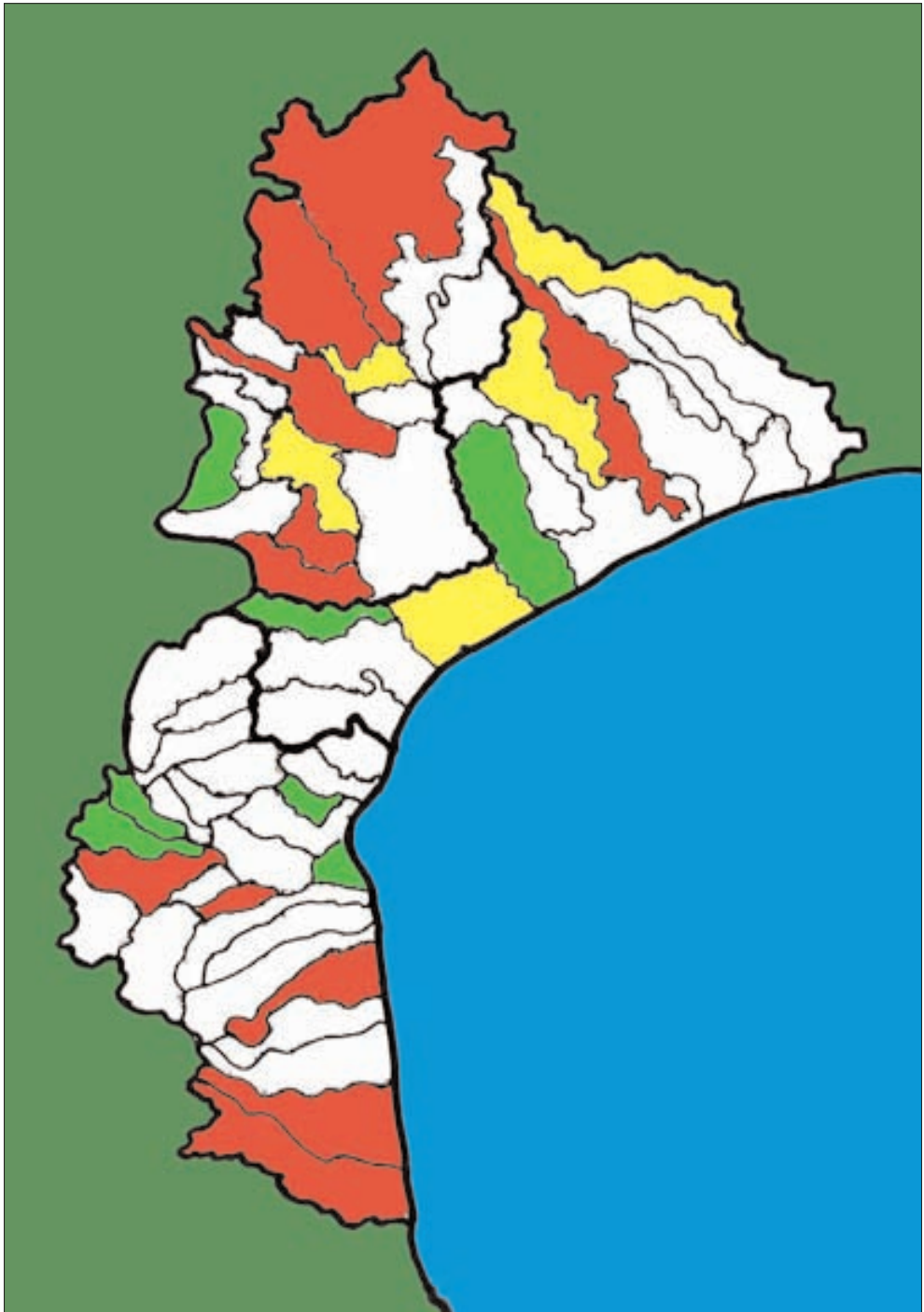




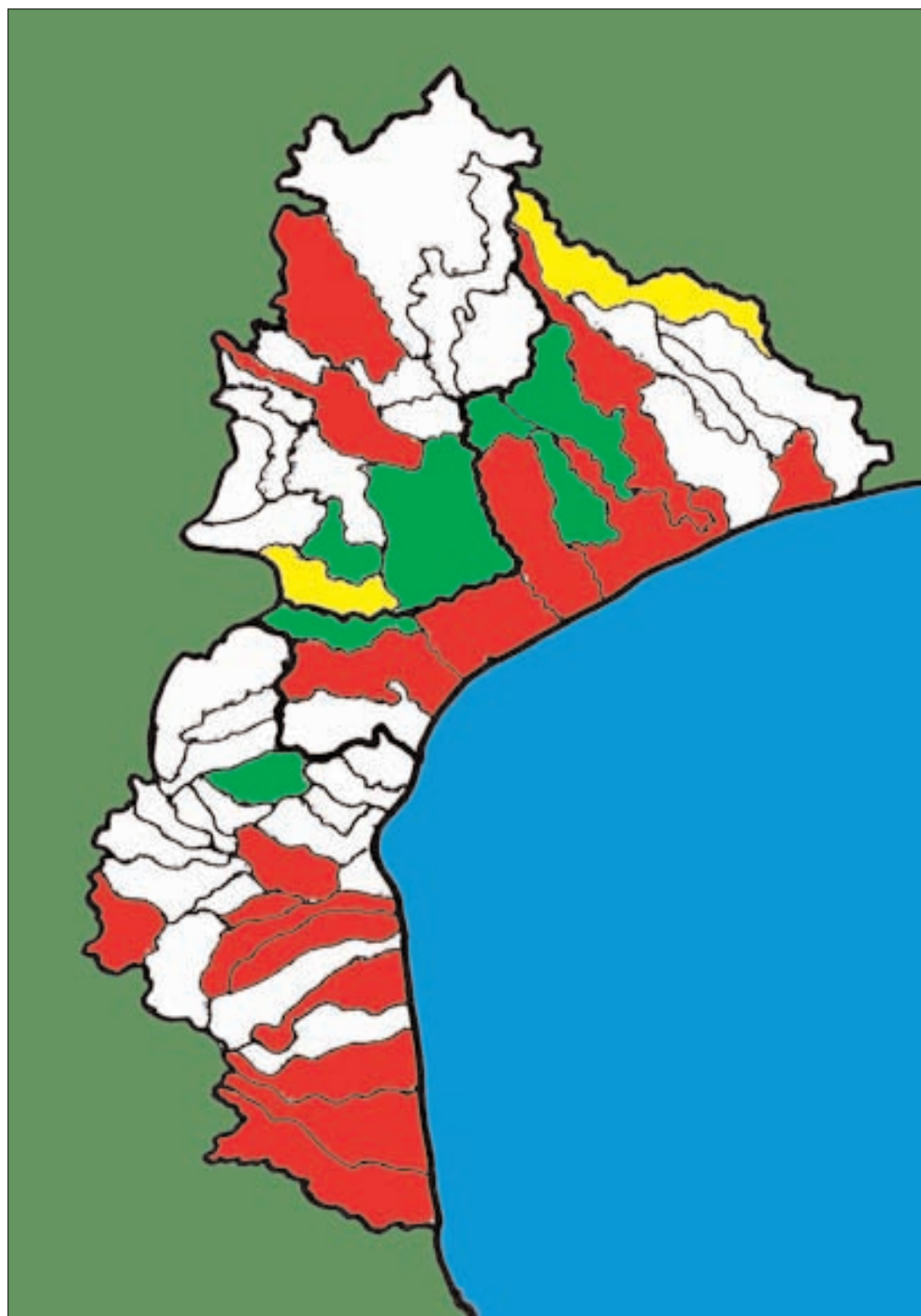
*Figura 1:  
Prevalenza e incidenza TBC 2003*



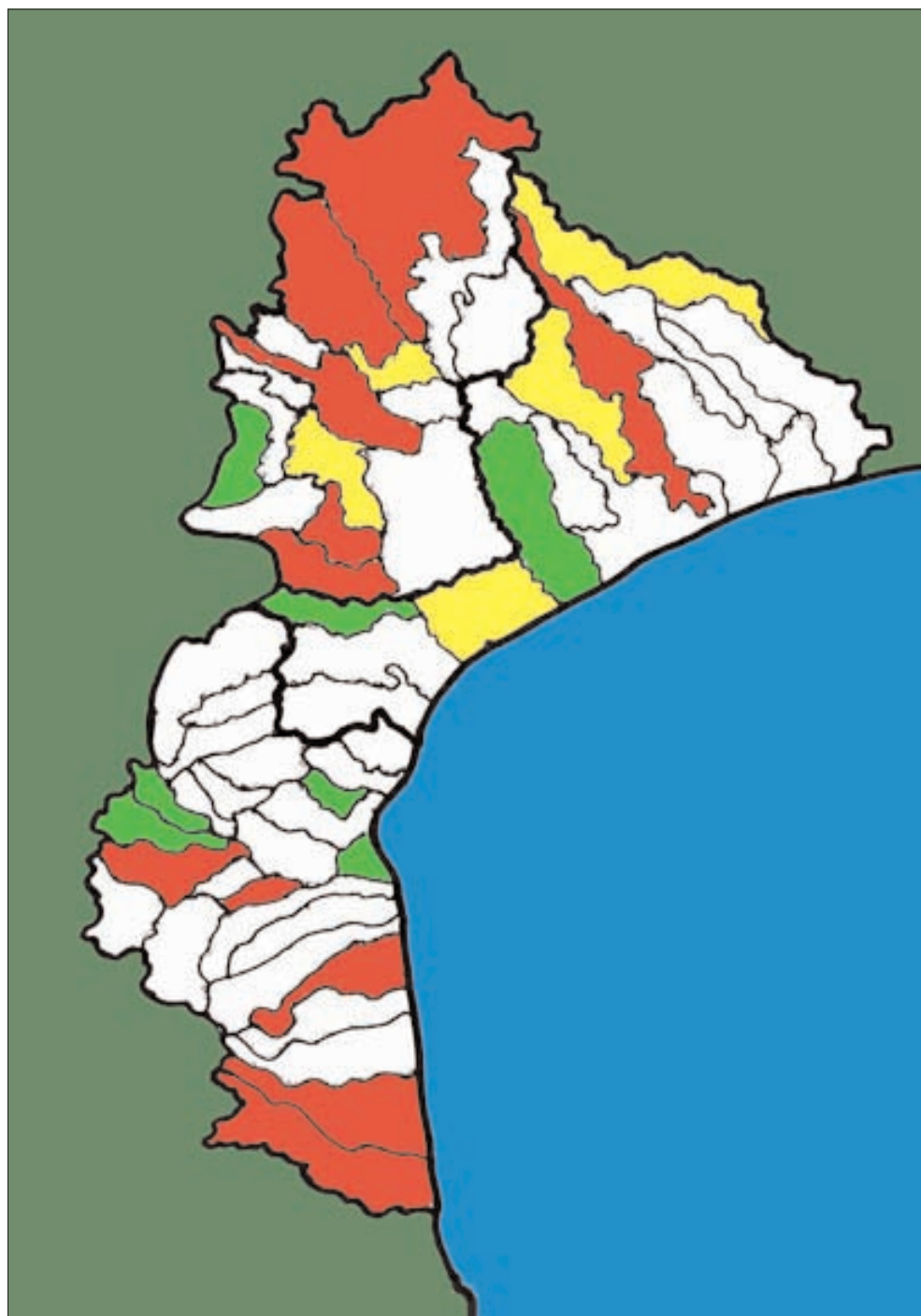
*Figura 2:  
Prevalenza e incidenza TBC 2004*



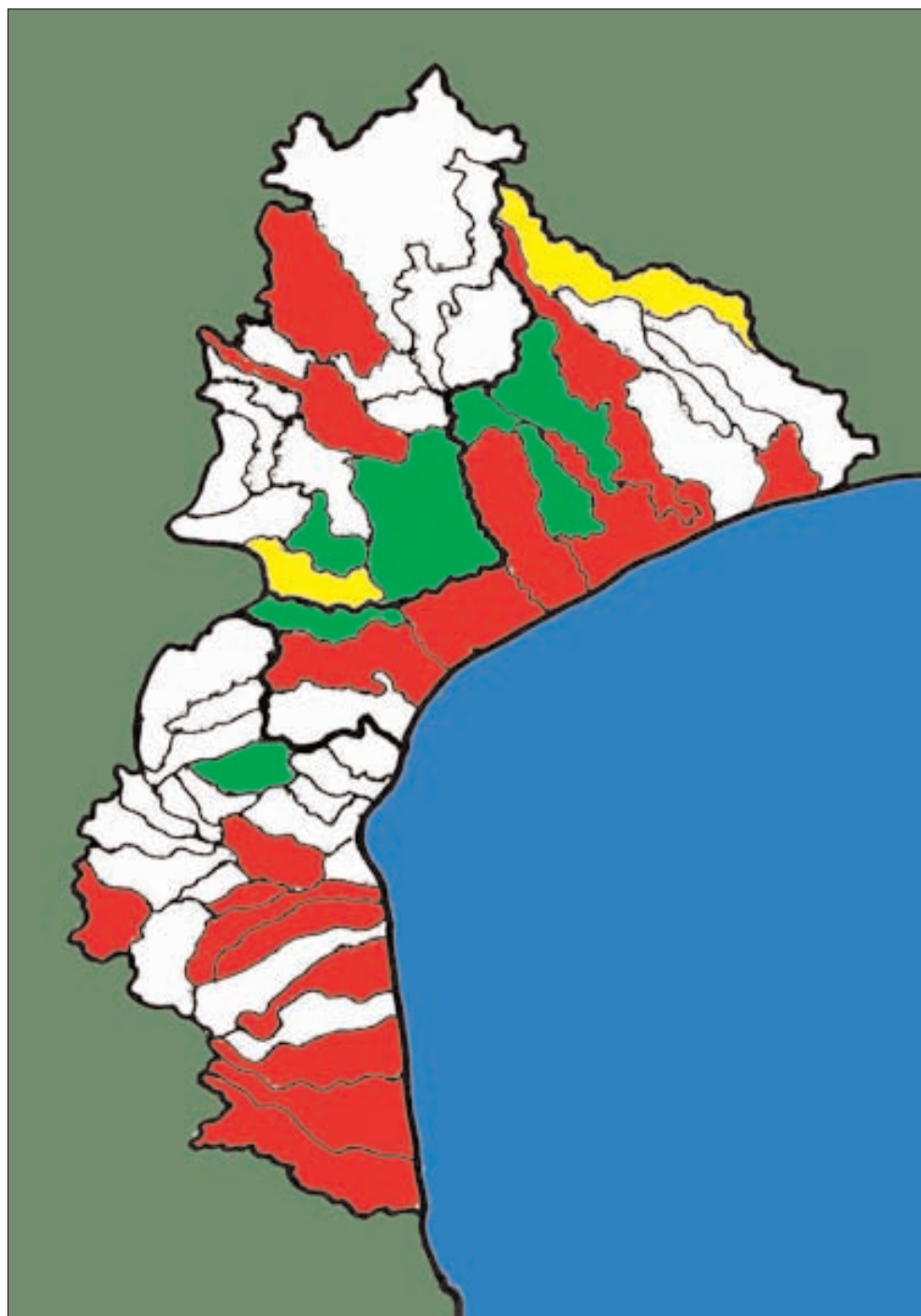
*Figura 6:  
prevalenza e incidenza BRC 2003*



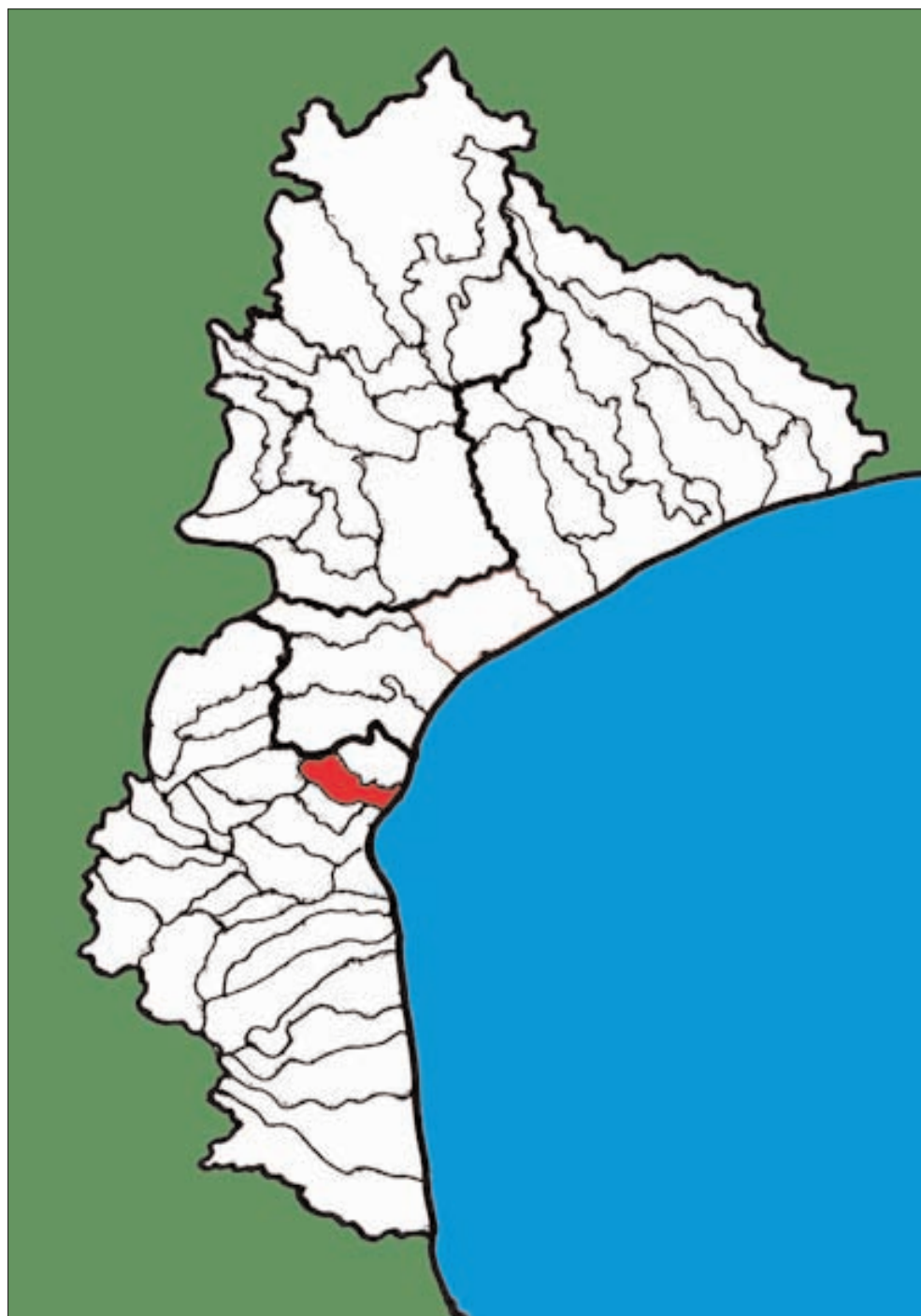
*Figura 7:  
prevalenza e incidenza BRC 2004*



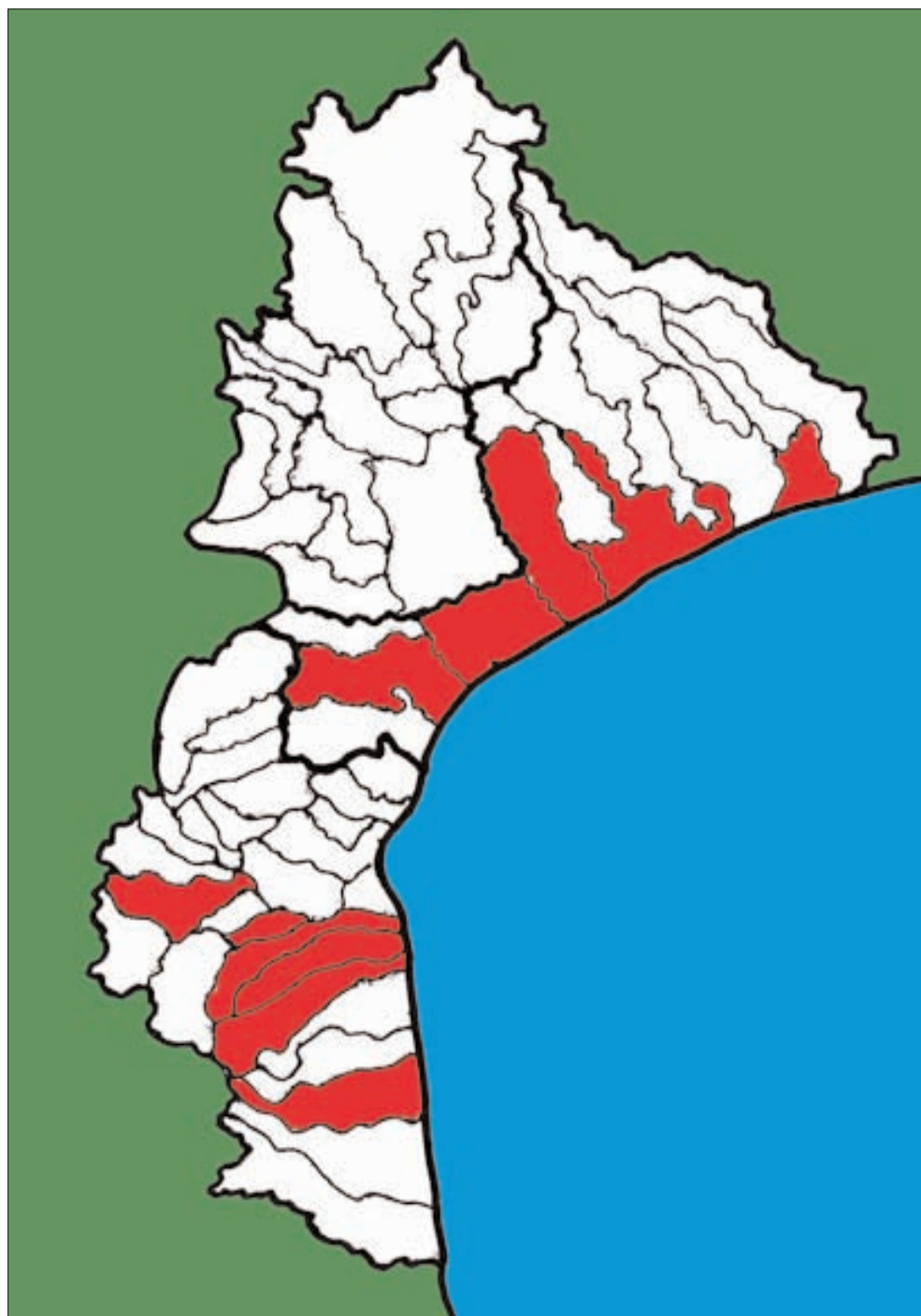
*Figura 3:  
andamento della TBC e della BRC anno 2003*



*Figura 8:  
andamento della TBC e BRC anno 2004*

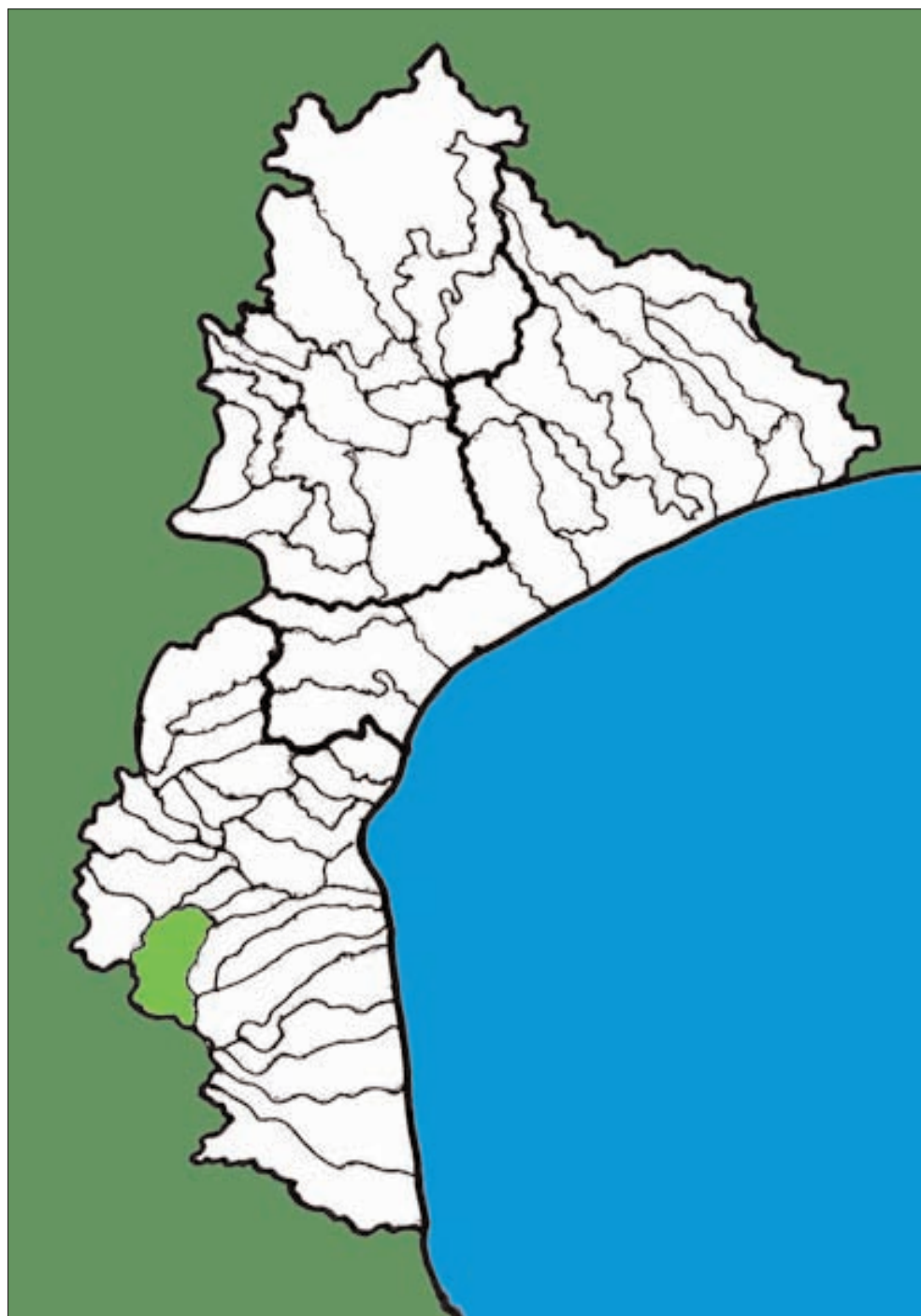


*Figura 4:  
incidenza TBC 2004 rispetto alla media 2003*

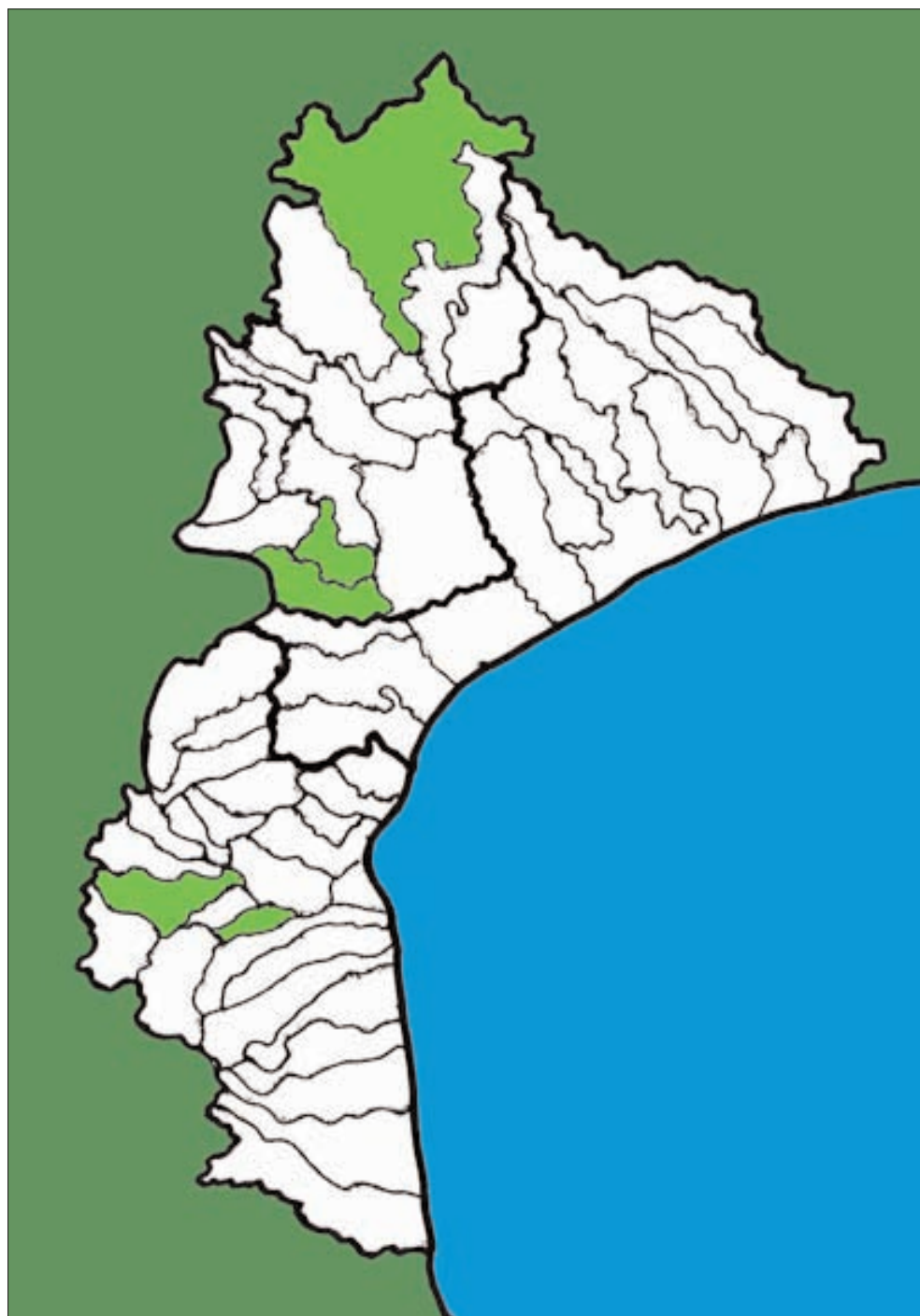


*Figura 9:  
incidenza BRC 2004 rispetto alla media 2003*



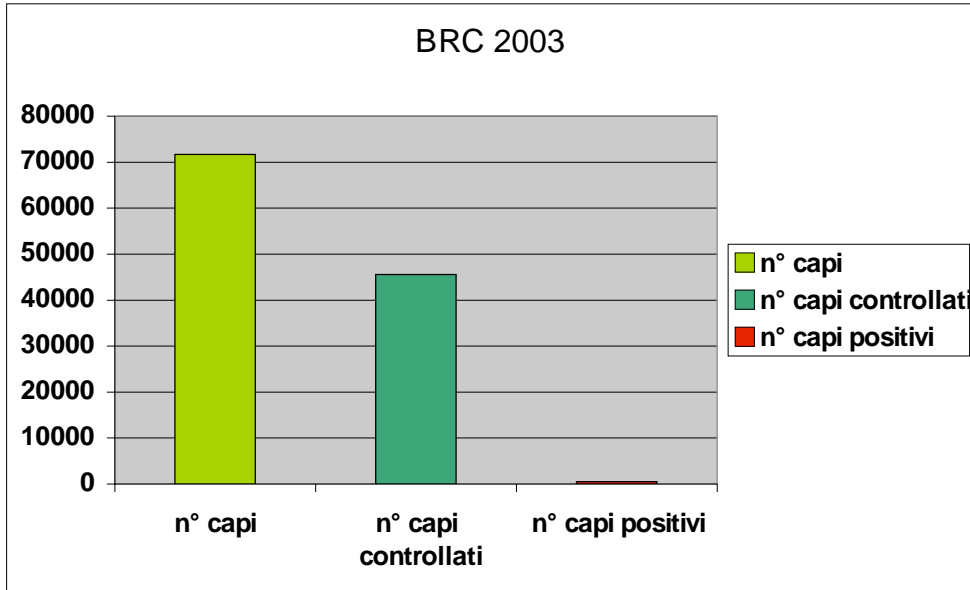


*Figura 5:  
velocità estinzione TBC 2004 rispetto alle media 2003*

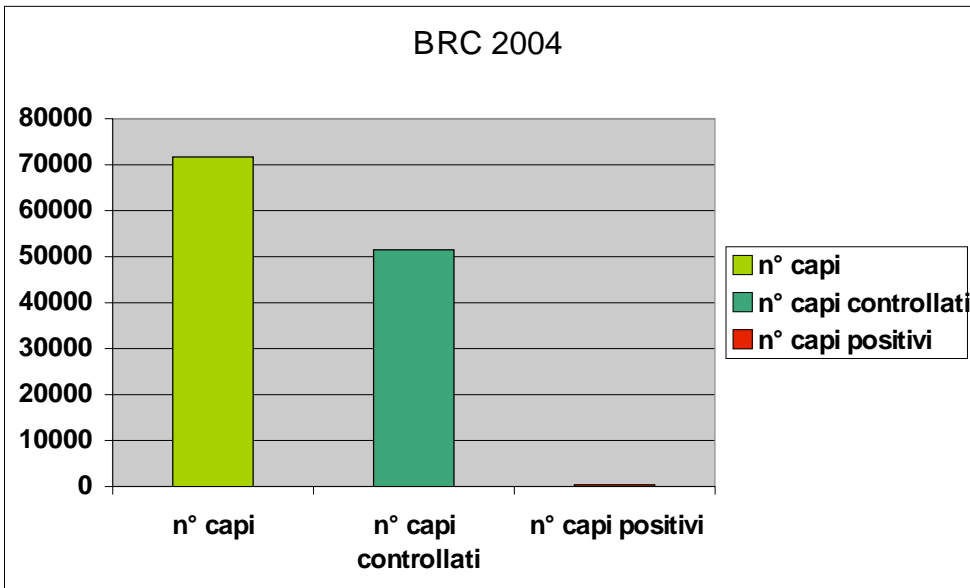


*Figura 10:  
velocità estinzione BRC 2004 rispetto alla media 2003*

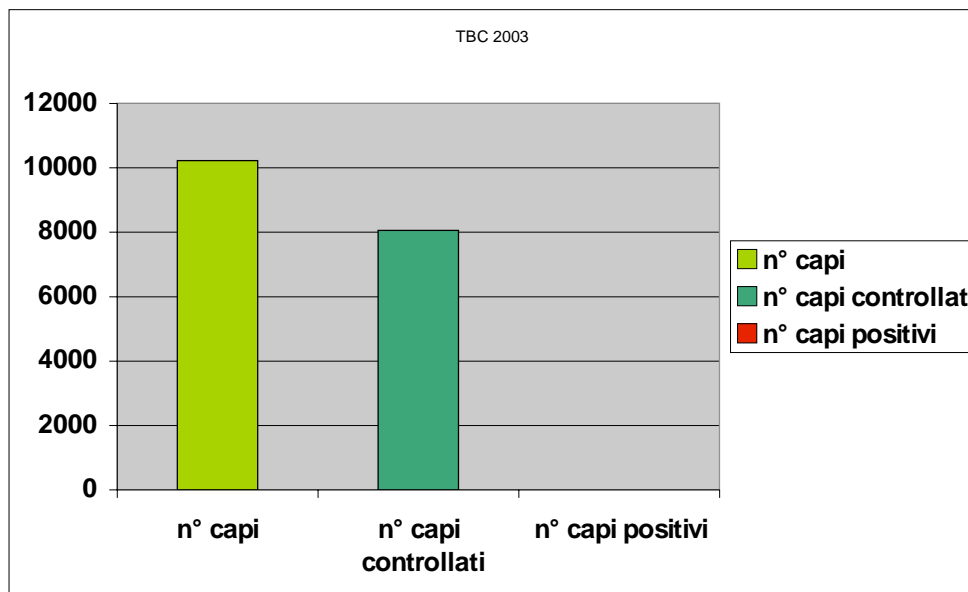
Brucellosi 2003				
n° aziende	n° aziende controllate	n° aziende con capi pos.	% copertura aziende	% aziende con capi pos.
1414	559	32	39,5	5,7
n° capi	n° capi controllati	n° capi positivi	% copertura capi	% capi positivi
71636	45522	475	63,5	1,04



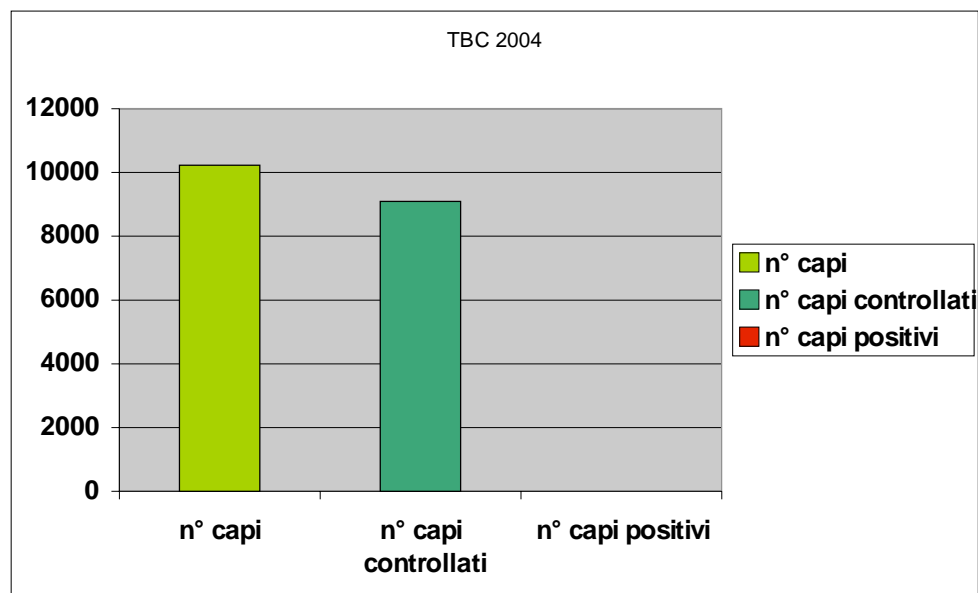
Brucellosi 2004 (I semestre)				
n° aziende	n° aziende controllate	n° aziende con capi positivi	% copertura aziende	% aziende con capi pos.
1412	1010	74	71,5	7,3
n° capi	n° capi controllati	n° capi positivi	% copertura capi	% capi positivi
71636	51423	341	71,7	0,66



Tubercolosi 2003				
n° aziende	n° aziende controllate	n° aziende con capi positivi	% copertura aziende	% aziende con capi pos.
675	264	1	39	0,38
n° capi	n° capi controllati	n° capi positivi	% copertura capi	% capi positivi
10224	8054	1	9	0,01



Brucellosi 2003				
n° aziende	n° aziende controllate	n° aziende con capi pos.	% copertura aziende	% aziende con capi pos.
1414	559	32	39,5	5,7
n° capi	n° capi controllati	n° capi positivi	% copertura capi	% capi positivi
71636	45522	475	63,5	1,04



**CONTROLLO DELL'ALIMENTO ZOOTECNICO  
E DEI SOTTOPRODOTTI DI ORIGINE ANIMALE**

*Contributo per la prevenzione*

*delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE)*

*N. Parisi, L. Battaglia G. Viscomi, T. Esposito, A. Gallelli, D. Nanà*

**Servizio veterinario d'igiene degli allevamenti e delle produzioni  
zootecniche (Area C)**

Le Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE) ed in particolare quella bovina (BSE), anche se ad incidenza molto bassa, preoccupano enormemente il consumatore. Dopo la dimostrazione delle correlazioni con la variante umana di Creutzfeldt e Jakob, (v. CJD) la BSE è rientrata nei massicci programmi di prevenzione di molti paesi.

**Sorveglianza passiva.**

In Italia già nel 1986 con l'Ordinanza Min. San. 28/7/1994 veniva vietata la somministrazione ai ruminanti di alimenti contenenti proteine animali perché ritenuti possibili veicolatori dell'agente eziologico del cosiddetto Morbo della Mucca Pazza e della SCRAPIE ovicaprina.

L'osservanza di tale divieto, in un contesto sociale dove la logica della produzione era orientata verso la quantità a discapito della qualità, veniva verificata attraverso blande azioni di vigilanza. Queste, aggiunte alle altre sporadiche verifiche di natura clinica, con i protocolli ispettivi su base anatomopatologica concretizzavano la cosiddetta sorveglianza passiva verso la BSE e la SCRAPIE.

**Sorveglianza attiva.**

Dal 01/01/2001, dopo i primi casi accertati, l'Italia attua il sistema della sorveglianza attiva, basato anche nell'individuazione e distruzione dei capi bovini infetti, sospetti infetti, macellati regolarmente o morti in allevamento per varie cause. Ma fondamentalmente, il sistema, mira ad eradicare la malattia evitando nuovi contagi attraverso la via alimentare zootecnica.

Il primo aspetto della Sorveglianza si realizza attraverso il monitorag-

gio obbligatorio, a tappeto eseguito sul tronco encefalico dei bovini al di sopra dei 24 m. di età e ovi-caprini sopra 18 m. macellati o morti per altre cause.

Il secondo si assicura attraverso l'attività di vigilanza e controllo sui mangimi zootecnici finalizzata all'individuazione e distruzione di mangimi contenenti proteine di origine animale. Gli innumerevoli atti legislativi nazionali e comunitari, che hanno fatto seguito alla citata Ordinanza Min. San. 28/7/1994, attualmente vietano non solo la somministrazione di alimenti con proteine animali ma anche la produzione degli stessi. Dall'01/01/2001, per quanto sopra evidenziato, l'organizzazione del Servizio è orientata ad assicurare, per quanto consentito dalle risorse, la Sorveglianza attiva sul territorio dell'A. S. n°7

### **Correlazione tra Servizio Veterinario area C e Problematica T. S. E.**

I due aspetti essenziali che coinvolgono questo Servizio si possono così sintetizzare:

1) obblighi dettati dal Regolamento CEE n°1774/2002 sugli animali morti, per causa diversa dalla macellazione, classificati "sottoprodotti di origine animale".

Si dà il contributo di competenza prelevando sistematicamente, ove le condizioni lo rendono possibile, il tronco encefalico di tutti i bovini ed ovi-caprini, di età superiore rispettivamente a 24 e 18 mesi, per il successivo monitoraggio di laboratorio. Tale protocollo, attuato in osservanza alle nuove norme, tende ad eliminare l'occultamento di probabili casi di malattia determinato dalla "rottamazione bovina" attuata durante la prima fase dell'allarme. Quest'ultima procedura, infatti, prevedeva dietro indennizzo, l'abbattimento e distruzione volontaria dei bovini, di oltre 5 anni di età, senza l'obbligo degli accertamenti analitici.

2) monitoraggio obbligatorio dei mangimi per animali che producono alimenti per l'uomo, si individuano ed escludono dall'impiego gli alimenti zootecnici contenenti proteine animali.

### **Cenni dell'esperienza operativa 1999/2005.**

Già dal 1999, in tempi tranquilli, il Servizio volgeva l'attenzione verso la problematica sottoponendo a routinaria campionatura i mangimi per ruminanti presenti sul territorio dell'A. S. n°7. Tale attività, assicurata in

regime di ordinaria vigilanza veterinaria, non produceva alcun riscontro di positività alla ricerca delle proteine animali.

**Nell'anno 2000, inaspettatamente, si sono registrati casi di positività alla ricerca delle proteine animali in mangimi per ruminanti e così nel 2001 e 2002 anche dopo l'insorgenza dell'allarme nazionale BSE.**

Nel 2003 e fino al 31/12/2005, le positività si sono nuovamente azzerate. Le procedure operative dettate dalla normativa hanno determinato una sequenza di atti la cui elencazione riepilogativa viene rappresentata dalle successive tabelle, già utilizzate a suo tempo come report all'Autorità Ministeriale e Regionale.

**Riepilogo dei casi di positività alla ricerca delle proteine animali di cui è vietato l'impiego nei mangimi per animali produttori di alimenti per l'uomo** (estratto dal Report trasmesso all'A. Regionale)

**Anno 1999:**

N° d'ordine	Prot. I.Z.S. Portici	Analisi di revisione prot. I.S.Z./I.S.S.	Prot. sanzione	Prot. denuncia	Prot. comunic. A Ministero. Regione ASL compet.	Esito indag. Epidemiologica	Allevamenti individuati a rischio BSE (D.M.7/01/00)	Prot. di riferimento	Individuazioni e congiunte Bovini sospetti (D.M.7/01/00)	Bovini abbattuti x sospetto BSE	Bovini accertati infetti
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Riepilogo dei casi di positività alla ricerca delle proteine animali di cui è vietato l'impiego nei mangimi per animali produttori di alimenti per l'uomo

**Anno 2000:**

N° d'ordine	Prot. I.Z.S. Portici	Analisi revisione I.S.Z./I.S.S.	N°prot. Sanzione	Prot. denuncia	Prot. comunic. A Ministero. Regione ASL compet.	Esito indag. Epidemiologica	Allevamenti individuati a rischio BSE (D.M.7/01/00)	Prot. di riferimento	Individuazione congiunta animali sospetti (D.M. 7/01/00)	Bovini abbattuti x sospetto BSE	Bovini accerati infetti
1	Prot.n°128 del 3/8/00	Non perv.	n. e.	N°123 del 19/01/01	N°1938 dell'8/8/00 2112 dell'8/8/00	Neg.	==	==	==	==	==
2	Prot. n°192 del 19/10/00	N. P.	n. e.	“ “ “	N°2403 del 14/11/00	Neg.	==	==	==	==	==
3	Prot. 232 del 7/12/00	N. P.	n. e.	“ “ “	Prot. 75 del 11/1/01	neg	=	=	=	==	==
4	Prot. 945 del 15/5/98	Prot. ISZ n°414 del 8/8/00	Prot. n°2160 del 16/10/00	N°2108 del 10/10/00	Prot. n°1375 del 28/5/98	neg	=	=	=	==	==

**casì di positività risultanti da prima analisi o da analisi di revisione : totale n°4**

**sanzioni amministrative emesse dietro conferma risultato: ..... totale n° 1**

**denunce a ll'A.G. .... totale n°2**



# Riepilogo dei casi di positività alla ricerca delle proteine animali di cui è vietato l'impiego nei mangimi per animali produttori di alimenti per l'uomo

**Anno 2001:**

N° d'ordine	Prot. I.Z.S. Portici	Analisi revisione I.S.Z./I.S.S.	N°prot. Sanzione	Prot. denuncia	Prot. comunic. A Ministero. Regione ASL compet.	Esito indag. Epidemiologica	Allevamenti individuati a rischio BSE (D.M. 7/1/00)	Prot. di riferimento	Individuazione congrua animali sospetti (D.M. 7/01/00)	Bovini abbattuti sotto BSE	Bovini accertati infetti
1	N°13 del 22/1/01	N. P.	n.e	N°123 del 19/01/01	N°147 del 23/1/01	Pos.	1	N°144 del 23/1/01	1	1	0
2	N°26 del 23/1/01	N. P.	n. e.	« « «	« « «	Pos	=	==	==	===	===
3 *	-----	-----	-----	N°567 dell'8/3/01 per arbitrario trasferimento mangimi con farine A. Sotto vincolo	N°567 dell'8/3/01	----	-----	-----	-----	-----	-----
4 *	-----	-----	N°727 del 28/3/01	-----	N°446 del 21/2/01	-----	-----	-----	-----	-----	-----
5 *	-----	-----	Prot.n°404 del 14/2/01	-----	N°408 del 15/02/01	-----	-----	-----	-----	-----	-----
6	N°47 del 12/1/98	N°239 del 29/3/2001	N°1066 del 23/5/01	N°1113 del 29/5/01	1106 del 28/5/01	neg	==	==	==	==	==
7	N°729 del 7/4/98	N°241 del 29/3/01	N°1067 del 23/5/01	N°1126 del 31/5/01	1107 del 28/5/01	neg	==	==	==	==	==
8	N°7251 del 7/3/01	N°18640/MVE21 del 5/12/01	In via d'emissione	N°591 del 13/03/01	N°570 del 9/03/01	pos	2	N° 594 e n°595 del 13/03/01	Monit oraggio clinico rimandato per competenza all'area A		

Casi di positività risultanti da prima analisi o da analisi di Revisione : totale n° 5  
 Sanzioni amministrative già emesse : ..... totale n° 4  
 Denunce inoltrate all'A. G. .... t totale n°5  
 Allevamenti dichiarati a Rischio BSE (D.M. 7/01/2000)..... totale n°3  
 Bovini posti sotto osservazione per sospetto BSE.....totale n°1  
 Bovini abbattuti per sospetto BSE ..... totale n°1  
 Bovini accertati infetti BSE..... totale n°0

**NOTE:**

- gli \* indicano casi di mangimi per suini e volatili, contenenti proteine animali, prodotti prima dell'andata in vigore delle Decisioni del Consiglio n°2000/766 Cee,posti sotto vincolo sanitario perché rinvenuti sulla filiera commerciale .
- Per il terzo e quarto caso sono emersi elementi di sanzione amministrativa e di denuncia a carico degli operatori interessati
- La mancata emissione (n. e.) delle sanzioni per alcuni casi è dovuta alla mancanza degli esiti analitici definitivi.

## Riepilogo dei casi di positività alla ricerca delle proteine animali di cui è vietato l'impiego nei mangimi per animali produttori di alimenti per l'uomo

Anno 2002:

N° d'ordine	Prot. I.Z.S. Portici	Analisi revisione I. S. S.	N°prot. Sanzione	Prot. denuncia	Prot. comunic. A Ministero. Regione ASL compet.	Esito indag. Epidemiologica	Allevamenti individuati a rischio BSE (D.M. 7/1/00)	Prot. di riferimento	Individuazione congiunta animali sospetti (D.M. 7/01/00)	Bovini abbattuti sospetti BSE	Bovini accerati infetti
1	N°13 del 22/1/01	168/MG/MVE21 del 25/3/2002	N°1061 del 19/4/2002 **	123 del 19/1/2001, integraz. Prot. n°1242 del 6/5/2002	N°1237 del 6/5/2002	Espletata dopo la prima analisi e indicata nel 2001	Già indicato nel 2001	Già indicato Nel 2001	Già indicata nel 2001	0	0
2	N°26 del 23/1/01	169/MG/MVE21 del 25/3/2002	Come sopra **	Come sopra	c.s.	c. s.	c. s.	c. s.	c. s.		
3	N° 103 del 20/3/01 diagn.7251 del 7/3/2001	111/MG/MVE21 del 11/12/01	2888 dell'11/12/01	c. s.	1240 del 6/5/2002	c. s.	c. s.	c. s.	c. s.		

\*\* per questa positività, derivante dai verbali di prelievo n° 170/171 del 22/11/2000, è stata erogata una sola sanzione quanto si tratta di un'unica partita di mangime della stessa ditta, interessata da due campioni per la precisa applicazione del D.L. 20/4/1978.

N.b. i dati riportati per il 2002 non sono nuovi casi di positività ma rappresentano conferme in sede di analisi di Revisione, pertanto il quadro rispetto al riepilogo precedente cambia solo per l'emissione delle previste sanzioni dopo il risultato analitico definitivo trasmesso dall'Istituto Superiore di Sanità.

**Riepilogo dei casi di positività alla ricerca delle proteine animali di cui è vietato l'impiego nei mangimi per animali produttori di alimenti per l'uomo**

**Anno 2003:**

N° d'ordine	Prot. I.Z.S. Portici	Analisi di revisione prot. I.S.Z./I.S.S.	Prot. sanzione	Prot. denuncia	Prot. comunic. A Ministero. Regione ASL compet.	Esito indag. Epidemiologica	Allevamenti individuati a rischio BSE (D.M.7/01/00)	Prot. di riferimento	Individuazioni e conguinta Bovini sospetti (D.M. 7/01/00)	Bovini abbattuti x sospetto BSE	Bovini accertati infetti
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Riepilogo dei casi di positività alla ricerca delle proteine animali di cui è vietato l'impiego nei mangimi per animali produttori di alimenti per l'uomo**

**Anno 2004:**

N° d'ordine	Prot. I.Z.S. Portici	Analisi di revisione prot. I.S.Z./I.S.S.	Prot. sanzione	Prot. denuncia	Prot. comunic. A Ministero. Regione ASL compet.	Esito indag. Epidemiologica	Allevamenti individuati a rischio BSE (D.M.7/01/00)	Prot. di riferimento	Individuazioni e conguinta Bovini sospetti (D.M. 7/01/00)	Bovini abbattuti x sospetto BSE	Bovini accertati infetti
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Riepilogo dei casi di positività alla ricerca delle proteine animali di cui è vietato l'impiego nei mangimi per animali produttori di alimenti per l'uomo**

**Anno 2005:**

N° d'ordine	Prot. I.Z.S. Portici	Analisi di revisione prot. I.S.Z./I.S.S.	Prot. sanzione	Prot. denuncia	Prot. comunic. A Ministero. Regione ASL compet.	Esito indag. Epidemiologica	Allevamenti individuati a rischio BSE (D.M.7/01/00)	Prot. di riferimento	Individuazioni e conguinta Bovini sospetti (D.M. 7/01/00)	Bovini abbattuti sospetti BSE	Bovini accertati infetti
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Monitoraggio mangimi per la ricerca delle Proteine di Origine Animale (P. O. A.): periodo 2000/2002:**

N°campioni prelevati	N° sequestri	N° partite non conformi	Kg di mangime sequestrati	Kg di mangime distrutti
72	08	08	4575	4575

**Monitoraggio mangimi per la ricerca delle Proteine di Origine Animale (P. O. A.): periodo 2003/2005:**

N°campioni prelevati	N° sequestri	N° partite non conformi	Kg di mangime sequestrati	Kg di mangime distrutti
104	00	00	00	00

**Riepilogo Monitoraggio TSE sugli animali morti in allevamento  
anno 2003:**

ANIMALI MORTI IN ALLEVAMENTO										Farine di carne ed ossa	Sego Bovino	Prodotti utilizzati come pittfood	Anno di riferimento
bovini	N°	E	Caprini	N°	S	ovini	N°	E	destinazione				
	T	S		T	I		T	S					
	E	I		E	T		E	I					
	S	T		S	O		S	T					
	T	O		T			T	O					
89	52	-	110	21	-	104	62	-	Incenerimento/ interramento	00	00	00	2003
=	=								= =	=	=	=	=

**Riepilogo Monitoraggio TSE sugli animali morti in allevamento  
anno 2004:**

ANIMALI MORTI IN ALLEVAMENTO										Farine di carne ed ossa	Sego Bovino	Prodotti utilizzati come pittfood	Anno di riferimento
bovini	N°	E	Caprini	N°	S	ovini	N°	E	destinazione				
	T	S		T	I		T	S					
	E	I		E	T		E	I					
	S	T		S	O		S	T					
	T	O		T			T	O					
99	42	-	16	05	-	86	41	-	Incenerimento/ interramento	00	00	00	2004

**Riepilogo Monitoraggio TSE sugli animali morti in allevamento  
anno 2005:**

ANIMALI MORTI IN ALLEVAMENTO										Farine di carne ed ossa	Sego Bovino	Prodotti utilizzati come pittfood	Anno di riferimento
bovini	N°	E	Caprini	N°	S	ovini	N°	E	destinazione				
	T	S		T	I		T	S					
	E	I		E	T		E	I					
	S	T		S	O		S	T					
	T	O		T			T	O					
122	65	-	33	15	-	160	99	-	Incenerimento/ interramento	00	00	00	2005

## **Considerazioni.**

- La realtà zootecnica del territorio, lontana dai luoghi della grande produzione mangimistica, è stata destinataria di alimenti zootecnici con aggiunta di proteine animali vietate.
- L'accaduto, in tempo di allarme BSE, può far pensare, ragionevolmente, che Ditte senza scrupoli, confidando in una probabile assenza dei controlli veterinari, hanno ritenuto il territorio Regionale luogo idoneo per il fraudolento riciclaggio di mangimi non conformi. Tale ipotesi è supportata dagli atti di contestazione delle Ditte produttrici, avverso i provvedimenti di U. P. G. adottati, che indicavano l'inesistenza di positività sul resto del territorio italiano.
- Il servizio di vigilanza attiva e l'attuazione dei protocolli previsti a seguito dei casi scoperti, ha rappresentato un valido deterrente per il ritorno alla commercializzazione di alimenti zootecnici conformi. Ciò si evince inequivocabilmente dall'assenza di positività per il 2003, 2004 e 2005.

## **Conclusioni.**

- Le verifiche di conformità dei mangimi zootecnici rappresentano senz'altro un importante ausilio nell'attuazione del piano di eradicazione della BSE e in generale delle TSE.
- L'attività costituisce un classico esempio di prevenzione integrata verticale anche verso la variante umana di Creutzfeldt e Jakob. Tanto perché, ostacolando l'insorgenza della patologia nel bovino, assicura la produzione di carni prive dell'agente eziologico della B. S. E. correlata con la variante umana C. J. D.
- Il test rapido per TSE sugli animali morti crea, inoltre sotto l'aspetto epidemiologico, un indispensabile dato per la definizione dell'entità nazionale del problema tuttora in corso.
- La procedura attuata, el corso dell'esperienza operativa, in osservanza al D. M. 7/1/2000 ha consentito l'individuazione e l'osservazione collegiale di una bovina clinicamente sospetta, risultata poi negativa agli esami di laboratorio.
- La casistica Italiana del 2001 annovera il suddetto caso tra i dieci episodi nazionali di corretta applicazione dei protocolli del citato Decreto.

- L'esperienza di servizio mette in risalto che i fattori di rischio B. S. E. derivanti dai mangimi non conformi, possono instaurarsi inaspettatamente anche quando, nel corso di allerta sanitaria specifica, sarebbe logico escluderne la presenza.

Occorre, pertanto, assicurare il mantenimento del livello operativo e ove possibile migliorarlo con azioni particolarmente mirate, al fine d'intercettare ed eliminare i suddetti fattori di rischio.



**UNO SGUARDO AMICO**  
**screening per la prevenzione della patologia oculare in età evolutiva**  
*U.O. Oftalmologia Dir. Dott. Michele Iansiti*  
U.O. Pediatria di Comunità Dott. ssa Rosa Anfosso

## **Premessa**

La prevalenza della patologia oculare in età pediatrica è stimata intorno al 4 - 6%.

L'anomalia più frequente è l'ambliopia che consiste nella riduzione dell'acuità visiva, di solito monolaterale, causata da un ostacolo al normale sviluppo sensoriale.

Essa è suscettibile di recupero totale o parziale mediante un tempestivo ed idoneo trattamento riabilitativo.

Le cause di ambliopia sono organiche o funzionali:

tra le cause organiche si ritrovano: - la ptosi – le anomalie del vitreo – le alterazioni retiniche;

tra le cause funzionali si ritrovano: - i difetti di refrazione bilaterali molto elevati – l'anisometropia – lo strabismo che può essere primitivo o secondario ai difetti refrattivi.

Solo attraverso un tale depistage, rivolto ad una popolazione asintomatica, con l'utilizzo di test suscettibili di rapida applicazione è possibile identificare la presenza di ambliopie, nonché di identificare le possibili cause per poter definire un adeguato trattamento.

## **Obiettivo**

Diagnosi precoce delle più frequenti patologie oculari in età pediatrica

## **Strategia e target**

Screening di popolazione di bambini di età compresa tra i 4 – 7 anni frequentanti le scuole materne ed elementari.

## **Personale coinvolto**

Oculista : Ranieri Floriana

Ortottista: Mancuso Annamaria – Rita Tarantino – Maria Pilar Le Pera

Infermiera pediatrica: Ida Todaro  
Infermiera professionale: Maria Ondelli

## **Verifiche**

Percentuale di adesioni al progetto rispetto al totale degli alunni interessati;

Percentuale dei positivi allo screening.

## **Metodologia**

Il progetto ha previsto due fasi:

- 1) Fase dello screening (1° livello )
- 2) Fase della diagnosi e terapia (2° livello ).

## **Fase dello Screening**

Coordinatrice D.ssa R. Anfosso

Responsabile U.O.Pediatria di Comunità

- Stesura del progetto
- Elaborazione atti necessari allo svolgimento del progetto (richieste per Direttori, i genitori ecc.)
- Incontro con i Responsabili Scolastici e con gli Insegnanti referenti
- Calendario delle uscite
- Esame dell'acuità visiva effettuato in ciascuna scuola, in un'aula appositamente allestita. L'esame effettuato dall'ortottista, in servizio presso l'U.O. Oftalmologia, si è avvalso della collaborazione delle altre figure professionali interessate ed è stato così articolato:
  - 1) Esame dell'acuità visiva monoculare per lontano con tavola ottotipica ( E di Albin o anelli di Landolt)
  - 2) Esame della motilità oculare
  - 3) Test dell'occlusione alternata per lontano e per vicino (cover test)
  - 4) Schiascopia orietativa senza ciclopegia facendo una mira a distanza di sei metri. E' possibile con questo metodo effettuare anche un esame del riflesso rosso del fondo
  - 5) Esame della stereopsi.
- Invio degli alunni con sospetto della patologia oculare all'U.O. Oftalmologia per il 2°livello
- Colloqui telefonici con i genitori per gli opportuni chiarimenti.

## **Fase della diagnosi e terapia**

Coordinatore Dott. M. Iansiti

Direttore U.O. Oftalmologia

- Programmazione del calendario delle uscite del personale afferente all'U.O. Oftalmologia
- Comunicazione all'U.O. Pediatria di Comunità del calendario delle visite
- Programmazione delle visite specialistiche presso l'U.O. Oftalmologia
- Visite oculistiche ai bambini con sospetta patologia da effettuarsi in giorni ed ore da concordare con i genitori
- Colloquio con i genitori per comunicazione dell'esito delle visite e delle prescrizioni terapeutiche
- Eventuali ulteriori controlli.

## **Analisi dei dati**

- 1) Percentuale di adesione allo screening rispetto al totale degli alunni
- 2) Percentuale dei positivi nella prima fase
- 3) Prevalenza di patologie oculari.

## **Target anno scolastico 2002/2003**

*Fasce di età:*

Scuole materne                      alunni                      n° 587

Scuole elementari                      alunni                      n° 552

Totale    1139 ( 94% di adesione del totale degli alunni iscritti )

*Scuole screenate:*

nel Distretto Sanitario    n°1    = 13%

nel Distretto Sanitario    n°2    = 8%

nel Distretto Sanitario    n°3    = 12,5%

## Principali patologie diagnostiche:

Ambliopia	n° 11 ( 9 anisometropie, 2 strabismi )
Astigmatismo ipermetropico	n° 56
Astigmatismo miopico	n° 23
Astigmatismo misto	n° 42
Congiuntivite allergica	n° 1
Cataratta congenita	n° 1
Ipermetropia	n° 63
Miopia	n° 14
Nevo congiuntivale	n° 1
Nistagmo	n° 1
Strabismo	n° 4
Totale	n° 217

Percentuale di alunni positivi nella prima fase 19%.

## Patologie divise per fasce scolastiche

	<i>Scuola materna</i>	<i>Scuola elementare</i>
Ambliopia	n° 3	n° 8
Astigmatismo ipermetropico	n° 30	n° 27
Astigmatismo miopico	n° 11	n° 12
Astigmatismo misto	n° 30	n° 12
Ipermetropia	n° 30	n° 33
Miopia	n° 3	n° 11
Nevo congiuntivale	n° 0	n° 1
Nistagmo	n° 0	n° 1
Strabismo	n° 0	n° 4
Cataratta congenita	n° 0	n° 1
	Totale n°107	Totale n° 110

## Target anno scolastico 2003/2004

### Fasce di età:

scuole materne alunni	n°	708
scuole elementari alunni	n°	642
totale		1350 ( 96% di adesione del totale degli alunni iscritti)

## Principali patologie diagnosticate

Ambliopia	n° 6 ( 5 anisometropie, 1 strabismo)
Astigmatismo ipermetropico	n° 60
Astigmatismo miopico	n° 19
Astigmatismo misto	n° 38
Blefarite	n° 1
Congiuntivite batterica	n° 1
Congiuntivite allergica	n° 4
Glaucoma congenito	n° 1
Ipermetropia	n° 66
Miopia	n° 14
Opacità corticale	n° 1
Strabismo	n° 1
Ptosi	n° 1
Totale	n° 216

Percentuale degli alunni positivi nella prima fase 16%.

## Patologie diverse per fasce scolastiche

	<i>Scuola materna</i>	<i>Scuola elementare</i>
Ambliopia	n° 2	n° 4
Astigmatismo ipermetropico	n° 30	n° 30
Astigmatismo misto	n° 31	n° 7
Astigmatismo miopico	n° 7	n° 12
Blefarite	n° 0	n° 1
Congiuntivite batterica	n° 0	n° 1
Congiuntivite allergica	n° 0	n° 4

Cataratta congenita	n° 0	n° 1
Ipermetropia	n° 17	n° 49
Miopia	n° 6	n° 8
Opacità corticale	n° 0	n° 1
Strabismo	n° 0	n° 4
Ptosi	n° 1	n° 0
Totale	n° 122	n° 94

Percentuale di alunni positivi nella seconda fase del progetto, ovvero alla visita effettuata presso il Centro di Oftalmologia, 100 %

### **Conclusioni**

I dati confermano l'importanza di tale attività di prevenzione nel territorio, e la necessità di proseguire il cammino intrapreso.

## **L'ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA NELLA REALTÀ DELL'AS N. 7** *(Maurizio Rocca – Luciano Manfredi – Teresa Stratacò)*

### **Premessa**

Nell'ambito del livello distrettuale di assistenza, così per come peraltro ribadito chiaramente dal vigente PSR, uno dei tasselli più importanti è rappresentato dall'assistenza domiciliare.

La domiciliarizzazione dell'assistenza, in altri termini la qualificazione del domicilio del paziente quale ambito di cura, rappresenta una delle modalità assistenziali più innovative e moderne per gli ovvi risvolti positivi in termini di compliance dell'assistito e di sostenibilità economica del complessivo sistema di tutela della salute.

Diverse sono le tipologie di assistenza domiciliare individuate dal PSR e comunque tutte caratterizzate da chiari riferimenti normativi di carattere nazionale.

Nella tabella 1 vengono specificate le diverse modalità con cui può esibirsi l'assistenza domiciliare, la natura delle prestazioni da erogare a domicilio e la tipologia di pazienti assistibili.

Si rileva come, con la sola eccezione dell'ospedalizzazione domiciliare, tutte le diverse forme di assistenza domiciliare presuppongano la centralità assistenziale del medico di medicina generale/pediatra di libera scelta a cui rimane comunque affidata la complessiva gestione clinica dei propri pazienti.

Evidente appare come l'Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADS) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) possano assumere diversi livelli di intensità assistenziale qualificabili in ragione della gravità delle patologie trattate / durata della presa in carico dell'assistito.

Un servizio di ADS/ADI sufficientemente sviluppato annovera nelle proprie potenzialità assistenziali la capacità di esprimere una casistica caratterizzata dall'essere un mix di complessità – intensità differenti.

<b>OBIETTIVI DI PIANO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE</b>			
<b>Tipologia</b>	<b>Prestazioni sanitarie da erogare</b>	<i>Prestazioni sociali (comuni)</i>	<b>Tipologia pazienti da assistere</b>
Assistenza Domiciliare Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mediche</li> <li>✓ Infermieristiche</li> <li>✓ riabilitative</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ paz. di ogni età</li> <li>✓ patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio</li> <li>✓ riacutizzaz. di patologie croniche</li> </ul>
Assistenza Domiciliare Programmata	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mediche</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paz. non ambulabili con necessità di monitoraggio continuo</li> </ul>
Assistenza Domiciliare Integrata	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mediche</li> <li>✓ Infermieristiche</li> <li>✓ riabilitative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>igiene persona</i></li> <li>✓ <i>aiuto domestico</i></li> <li>✓ <i>prep. Pasti</i></li> <li>✓ <i>commissioni esterne</i></li> <li>✓ <i>socializzazione</i></li> <li>✓ <i>aiuto economico</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ paz. di ogni età</li> <li>✓ patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio</li> <li>✓ riacutizzaz. di patologie croniche</li> </ul>
Assistenza a Pazienti Terminali	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terapia del dolore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>igiene persona</i></li> <li>✓ <i>aiuto domestico</i></li> <li>✓ <i>prep. Pasti</i></li> <li>✓ <i>commissioni esterne</i></li> <li>✓ <i>socializzazione</i></li> <li>✓ <i>aiuto economico</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ patologie in fase terminale</li> </ul>
Ospedalizzazione Domiciliare (UJ:OO. Ospedaliere)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ diagnostica</li> <li>✓ cura</li> <li>✓ riabilitazione (di tipo ospedaliero)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>igiene persona</i></li> <li>✓ <i>aiuto domestico</i></li> <li>✓ <i>prep. pasti</i></li> <li>✓ <i>commissioni esterne</i></li> <li>✓ <i>socializzazione</i></li> <li>✓ <i>aiuto economico</i></li> </ul>	

## **Il modello assistenziale**

Occorre, innanzitutto, proporre alcune brevi precisazioni storiche relative alla progressiva evoluzione che tale tipologia di assistenza ha subito nella nostra Azienda.

Nel '99 l'Azienda ha attivato un programma di assistenza domiciliare, protrattosi sino al gennaio 2002, che, dopo un avvio esteso a tutto il territorio aziendale, ha subito una parziale involuzione con erogazione delle prestazioni assistenziali limitata al DSS n. 3 di Soverato ed alla città di Catanzaro.

Dal febbraio 2002 al giugno 2005, l'Azienda ha svolto il ruolo di capofila nell'ambito di una sperimentazione regionale di Cure Sanitarie



Domicilairi, estesa anche alle AA.SS. di Paola, Lamezia, Vibo Valentia e Palmi, caratterizzata comunque da una erogazione costante che ha interessato tutto il territorio aziendale.

Nel giugno 2005, in continuità con l'erogazione di cui alla anzidetta sperimentazione regionale, senza quindi determinare situazioni di vuoto assistenziale, l'Azienda ha avviato un programma di Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADS), approvato con deliberazione n° 1141/DA del 14.06.05.

Questo Programma di attività, corredato di regolamento di attuazione, trova perfetta rispondenza ed aderenza nei dettami normativi di riferimento generale (D. Leg.vo 502/92 e s.m.i.), appare in linea con le indicazioni del PSR 2004 – 2006 (L.R. 11/04), si colloca nei limiti indicati dal DPCM del 29 novembre 2001 (Livelli Essenziali di Assistenza), ripercorre le indicazioni fornite dall'Accordo Stato – Regioni del 23 marzo 2005, rispetta le previsioni di cui all'ACN per la Medicina Generale del 23 marzo 2005, si inserisce, infine, nella pluriennale programmazione di livello aziendale, così per come nella previsione della DGR n° 316 del 15 marzo 2005.

Occorre qui ribadire la differenza tra Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Sanitaria (ADS), per rammentare che l'ADI nasce dall'integrazione delle prestazioni di natura sanitaria, attribuite alla responsabilità delle AA.SS., con le prestazioni di protezione sociale (prestazioni socio – assistenziali), nella sfera di competenza dei comuni (D. Lvo 229/99 - Legge 328/2000 – L.R. 23/2003 – L.R. 11/2004).

L'inapplicazione della Legge 328 e la mancata ripartizione del Fondo Sociale Regionale (di cui alla LR 23), di fatto non hanno ancora consentito una corretta responsabilizzazione di comuni e, di conseguenza, la capacità da parte di questi ultimi ad avviare un concreto percorso socio-assistenziale atto ad interagire ed integrarsi, a livello distrettuale, con il sistema di erogazione di prestazioni sanitarie domiciliari (ADS).

Nel secondo semestre 2005, quindi, l'Azienda ha avviato un percorso assistenziale nuovo, maturato comunque dalle esperienze già vissute negli anni precedenti.

La strutturazione del servizio è contestualizzata in sede distrettuale, così per come nella previsione normativa di livello nazionale e regionale, e prevede, innanzitutto, la presenza di un Punto ADS presso cui operano:

- medico responsabile
- caposala
- infermieri professionali
- terapisti della riabilitazione
- assistente sociale

Il processo assistenziale si compone di diverse fasi che vengono qui di seguito rappresentate:

1. fase della segnalazione : generalmente la segnalazione viene effettuata dal MMG/PLS direttamente al punto ADS;

2. fase della valutazione domiciliare : a seconda delle caratteristiche della richiesta, vengono identificate le figure professionali (I.P., t.d.r., etc) necessarie per effettuare una prima valutazione dei bisogni assistenziali congiuntamente al MMG/PLS;

3. fase della valutazione multidimensionale : alla luce delle risultanze che emergono dalla richiesta e dalla valutazione domiciliare, l'UVT (unità di valutazione territoriale) presente in ogni distretto, provvede alla valutazione del caso (attraverso l'impiego di scale di valutazione) e ad elaborare il Piano personalizzato di assistenza nel quale vengono identificati la tipologia, la frequenza e la durata (viene fissata una data di rivalutazione) degli interventi domiciliari da erogare;

4. fase della presa in carico: il MMG/PLS, che ha già condiviso tutta la fase di valutazione, unitamente al personale del Punto ADS avviano il piano personalizzato di assistenza la domicilio del paziente.

Nel corso del 2006 l'Azienda si è peraltro dotata di un GOIP per l'Assistenza Domiciliare Sanitaria con la finalità di garantire un coordinamento del servizio, attività di indirizzo e revisione delle procedure, definizione di linee guida e protocolli assistenziali, raccolta dei dati di attività su scala aziendale ed omogeneizzazione del servizio su tutto l'ambito territoriale, nonché rilevazione degli specifici bisogni formativi.

## **La realtà assistenziale dell'AS 7**

La sintesi dei dati di attività del servizio di ADS, riferita al secondo semestre 2005, è rappresentata nelle tabelle che seguono.

INDICATORI SERVIZIO ADS SU SCALA AZIENDALE			
ECONOMICI	Dato grezzo	Per assistito	Tasso standardizzato
Costo annuo paziente	€ 818,98		
Costo accesso	€ 64,40		
Costo giornata assistenza (*)	n.r.		
Incidenza quota capitaria			10 %
STRUTTURALI			
MMG/PLS che attivano il servizio	193		81%
Infermieri professionali dedicati	27		<b>1,14</b> x 10.000 res.
Terapisti riabilitazione dedicati	15		<b>0,63</b> x 10.000 res.
DI PROCESSO			
Assistiti in un anno	<b>944</b>		<b>3,99</b> x 1.000 res.
Assistiti over65 in un anno	<b>822</b>		<b>20,25</b> x 1.000 res.
Accessi MMG/PLS	682	0,72	
Accessi infermieristici	9.104	9,64	
Accessi medico - specialistici	54	0,06	
Giornate di presa in carico (*)	n.r.		
Dimissioni protette	27		2,86 %
Coinvolgimento comuni	0		

(\*) Non sono ancora disponibili i dati relativi al DSS n° 1

Veniamo, adesso, ad avviare un'analisi dei dati appena riportati.

I costi registrati, relativamente al periodo giugno – dicembre 2005, sono esattamente pari ad ? 773.114, con piccoli scostamenti tra i tre distretti, posto che i costi maggiori sono stati registrati a carico del DSS n. 1 (DSS n. 2 = - 7,9% / DSS n. 3 = - 8,7% ).

I costi, complessivamente, incidono per una erosione pari al 10 % del finanziamento del sottolivello distrettuale “assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare – cure termali” di cui alla DGR 316/05 (delibera di riparto del FSR per l'anno 2005) e sono riferiti, è bene sottolinearlo, al II semestre 2005.

In ragione della differenza tra costi e numero degli assistiti nei tre distretti, rileviamo una prima significativa differenza sul costo medio per assistito

<b>Distretto</b>	<b>Assistiti nel semestre</b>	<b>Costo assistito</b>
Catanzaro	405	€ 673,86
Cz Lido	202	€ 1.243,49
Soverato	337	€ 738,92
<b>AS 7</b>	<b>944</b>	<b>€ 818,98</b>

Anche per quanto attiene l'analisi del costo per singolo accesso domiciliare, registriamo ovviamente alcune differenze.

<b>Distretto</b>	<b>Numero di accessi</b>	<b>Costo accesso</b>
Catanzaro	3.670	€ 74,36
Cz Lido	3.791	€ 66,26
Soverato	4.544	€ 54,80
<b>AS 7</b>	<b>12.005</b>	<b>€ 64,40</b>

Il costo per giornata di assistenza è stato rilevato solo nei distretti di Cz Lido e Soverato in quanto il distretto di Catanzaro non ha ancora fornito il dato relativo alle effettive giornate di assistenza erogate in favore dei propri assistiti.

<b>Distretto</b>	<b>Giornate di assistenza</b>	<b>Costo giornate</b>
Catanzaro	///	///
Cz Lido	14.147	€ 17,76
Soverato	23.213	€ 10,73
<b>AS 7</b>	<b>///</b>	<b>///</b>

Per quanto attiene agli indicatori strutturali offerti dal servizio, occorre innanzitutto sottolineare la buona adesione dei MMG/PLS al programma di ADS, posto che, su scala aziendale, l'81% del totale ricorre all'assistenza domiciliare.

Il servizio si caratterizza, allo stato, per impiegare 1,14 infermieri professionali e 0,63 terapisti della riabilitazione ogni 10.000 residenti.

La valutazione di tali standard richiederebbe innanzitutto un raffronto con altre realtà regionali (non ancora disponibili) e nazionali ma, soprattutto, una approfondita analisi relativamente all'intensità assistenziale offerta dal servizio di cui, comunque si dirà più avanti.

Per quanto attiene la valutazione degli indicatori di processo, registrati in questo primo semestre, si può sin da ora offrire un'analisi comparativa con la realtà regionale e, più in generale, con la complessiva situazione nazionale (i dati regionali e nazionali di riferimento sono estrapolati dalla relazione presentata dal Censis nel luglio 2005).

<b>Indicatore</b>	<b>AS 7</b>	<b>Calabria</b>	<b>Italia</b>
Assistiti in un anno	<b>3,99</b> x 1.000 res.	<b>1,1</b> x 1.000 res.	<b>5,4</b> x 1.000 res.
Assistiti over 65	<b>20,25</b> x 1.000 res.	<b>5,80</b> x 1.000 res.	<b>23,90</b> x 1.000 res.
% di Over 65 sul totale	<b>87 %</b>	<b>74 %</b>	<b>84 %</b>

Questi primi dati dimostrano, inequivocabilmente, come la nostra azienda si collochi in una posizione molto più prossima alla media nazionale che non a quella regionale, purtroppo tra le ultime nel complessivo panorama.

Il dato aziendale, difatti, è ormai prossimo ai parametri nazionali di riferimento che comunque risentono, è bene ricordarlo, dei risultati ottenuti in contesti assistenziali in cui l'integrazione socio – sanitaria con i comuni consente di raggiungere obiettivi assistenziali di maggiore rilevanza.

Laddove, difatti, le azioni di protezione sociale si coniugano con gli interventi di natura sanitaria, il dato quantitativo è sensibilmente più rilevante.

Molto spesso, nella nostra realtà, l'ambito domiciliare di cura diviene inappropriato non già per carenze addebitabili al servizio di ADS, quanto piuttosto per la mancata attivazione di quegli interventi socio - assistenziali che sono in capo ai comuni.

Qualora si realizzasse detta integrazione, le performances del servizio sarebbero certamente al di sopra della media nazionale, prossime a quelle relative ai contesti più evoluti (Friuli, Emilia Romagna).

Anche nella misurazione di tali indicatori sussistono comunque differenze, talvolta significative, fra i tre distretti.

<b>Indicatore</b>	<b>DSS Catanzaro</b>	<b>DSS Cz Lido</b>	<b>DSS Soverato</b>
Assistiti in un anno	4,99 x 1.000	2,47 x 1.000	4,57 x 1.000
Assistiti over 65	26,45 x 1.000	12,17 x 1.000	21,36 x 1.000
% di Over 65 sul totale	90,62%	75,74%	89,61%
Accessi mmg/assistito	0,81	0,61	0,68
Accessi IP/assistito	6,30	15,89	9,93
Accessi tdr/assistito	2,7	2,9	3,5
Accessi/die	n.r.	0,26	0,19
Durata media assistenza	n.r.	70,03 gg.	68,88 gg.

Questi dati testimoniano come il DSS di Cz Lido sia quello che fa segnare percentuali più basse di pazienti presi in carico dal servizio (2,47 x 1.000 a fronte di una media aziendale pari al 3,99 x 1.000) ma, al tempo stesso, esprime una maggiore intensità assistenziale e, quindi esibisce una casistica di pazienti evidentemente più complessi sotto il profilo degli specifici bisogni assistenziali [18,76 accessi/assistito (a fronte di una media aziendale pari a 12,77), 0,26 accessi/die (a fronte di 0,19 accessi/die del DSS n.3), una durata media di trattamento pari a 70,03 gg. (a fronte di 68,08 gg. nel DSS n. 3)].

Tendenzialmente il modello espresso è indirizzato verso una intensità assistenziale qualificabile a metà strada tra un modello flessibile (basso livello di protezione sanitaria/gravità delle patologie trattate) ed un modello lungodegenza lieve (breve durata/tipologia acuta delle patologie trattate).

L'intensità assistenziale espressa, seppur con qualche differenza nel DDS n. 2 così per come in precedenza specificato, è diretta conseguenza del modello assistenziale in essere e delle limitazioni operative che ne condizionano ancora l'attività.

Il sistema di rilevazione degli indicatori dovrà comunque arricchirsi di strumenti che consentano di misurare l'efficacia del servizio anche nella dimensione dell'appropriatezza della identificazione dell'ambito di cura.

In tal senso bisognerà operare, coniugando i dati di attività con quelli relativi ai ricoveri ospedalieri ed al ricorso all'abito residenziale di cura (case protette, RSA, strutture riabilitative).

Solo così potrà determinarsi la capacità di governare l'offerta ed i risvolti economici positivi che derivano da un adeguato orientamento/posizionamento della domanda.

## **Conclusioni**

Questa seppur breve analisi, basata su una preliminare descrizione del modello assistenziale proposto e sulla valutazione degli indicatori identificati per misurare le performances del servizio, consentono di delineare un primo ed importantissimo consuntivo.

Sotto il profilo assistenziale, la nostra azienda si colloca in una posizione perfettamente in linea con quella che mediamente caratterizza il complessivo panorama nazionale, discostandosi così dal contesto regionale che, viceversa, si caratterizza per essere ancora lontano dal perseguire la strada della domiciliarizzazione.

Rispetto ai costi, è necessario sottolineare la seppur prevedibile elevata incidenza, situazione questa evidentemente compatibile con l'evenienza della nuova organizzazione, a gestione diretta, del servizio.

Nel corso del 2006, sotto il profilo assistenziale bisognerà delineare, la definizione di un percorso di dimissioni protette da condividere con le AA.OO. che insistono sul territorio di competenza (si rammenta come solo il 2,86% delle prese in carico provengano da segnalazioni ospedaliere e tutte relative ai presidi ospedalieri aziendali),

Per quanto attiene alla complessiva valutazione del servizio, sarà viceversa necessario determinarne la capacità a ridurre i ricoveri ospedalieri e la richiesta di residenzialità, offrendosi così la misurazione dell'effettiva tendenza alla domiciliarizzazione dell'assistenza ed una concreta valutazione economica che tenga in debita considerazione l'esame comparativo tra costi nascenti (direttamente dipendenti dall'implementazione del servizio) e costi cessanti (relativi alla contrazione dell'acquisto di prestazioni di ricovero e di assistenza in ambito residenziale).

## TERZA ETÀ TRA BISOGNI ED ASPETTATIVE.

*Risultati di un'indagine condotta su un campione di anziani residenti nel quartiere di Catanzaro Lido.*

*(di Franco Caccia, Teresa Barberio; Lia Perrone; Beatrice Felicetta)*

### **Presentazione**

Il distretto n. 2 di Catanzaro Lido da alcuni anni ha avviato una politica d'integrazione con i comuni e le istituzioni pubbliche nonché con le organizzazioni del privato sociale operanti nel territorio di riferimento. Fra le altre iniziative, nella primavera del 2005, è stato dato avvio ad un progetto di ricerca sui bisogni sociali e sanitari della popolazione anziana residente nel quartiere Lido. L'iniziativa è stata condivisa e portata avanti insieme ad un gruppo di pensionati del sindacato UIL.

La scelta di puntare ad una più approfondita conoscenza di un universo in continuo aumento, qual è quello rappresentato dalla popolazione anziana, è scaturita proprio dalla necessità di aggiornare le conoscenze su un mondo in rapida trasformazione che esprime domande nuove e differenziate.

Nell'immaginario collettivo diventare anziano significa, il più delle volte, andare incontro ad una fase della vita connotata da eventi negativi: insorgere di malattie, perdita dell'autonomia solitudine.

Se è vero che esistono anziani che manifestano problemi, specie relative alla ridotta autonomia, è altrettanto vero che altri avanzano richieste del tutto diverse: di socializzazione, aggregazione, svago e nuovo protagonismo. Sono proprio queste le domande più complesse da soddisfare e sostenere proprio perché fino al recente passato il diventare anziani era considerato un processo legato esclusivamente all'emergere di fattori di criticità psicologica e fisica rispetto ai quali le uniche risposte possibili erano quelle assistenziali. I cambiamenti della persona anziana non si riferiscono solo a dati di tipo demografico, ma alla sostanziale "diversità dell'essere anziani oggi": gli anziani di oggi hanno uno stato di salute migliore rispetto al passato, sono culturalmente più preparati, sono economicamente più autonomi ed hanno una vita sociale più intensa e dinamica.



## **Obiettivi**

La ricerca si è proposta di creare un osservatorio sulle condizioni, sociali e sanitarie della popolazione anziana. L'acquisizione di queste nuove conoscenze, sugli anziani residenti nel quartiere di Catanzaro Lido, rappresenta la base su cui sviluppare, insieme alle istituzioni presenti sul territorio, le iniziative ed i progetti più idonei a rispondere ai bisogni espressi.

Fra le finalità dell'indagine s'inserisce a pieno titolo la scelta di investire sul territorio in termini di nuovi rapporti interistituzionali, progettualità innovative, diffusione di nuove conoscenze, affermazione di una nuova cultura sul benessere dell'anziano.

Il nuovo processo di riorganizzazione del sistema di protezione sociale non necessita solo di un sempre crescente miglioramento della rete dei servizi sociali e sanitari, ma richiede cambiamenti profondi nella comunità locale che possono avvenire solo attraverso il piccolo, ma significativo cambiamento di ogni singolo cittadino rispetto al significato dell'invecchiamento della popolazione che non è solo un dato statistico o una definizione sociologica, ma è un nuovo modo di vivere e relazionarsi. Nella maggior parte dei casi ci troviamo di fronte a persone ancora in buona salute psico-fisica, con alte motivazioni ed interessi sociali: sono queste delle vere e proprie risorse su cui, purtroppo, il nostro sistema mostra vistosi ritardi culturali ed organizzativi che ne impediscono la piena gestione e valorizzazione.

Da qui l'idea di sollecitare nuovi percorsi di partecipazione sociale e di promozione delle risorse disponibili che permettano di riaffermare la compatibilità tra condizione anziana e vita attiva, con immediate ricadute positive sui singoli individui e sull'intera comunità.

## **Note metodologiche**

La ricerca è stata condotta su un campione composto da 121 anziani, residenti nel territorio di Catanzaro Lido compreso tra i quartieri: Corvo, Aranceto, Fortuna-Magna Grecia, Centro, Casciolino, Giovino, Bellino, Barone.

Le informazioni sono state rilevate mediante interviste dirette con un questionario strutturato somministrato da pensionati del sindacato UIL,

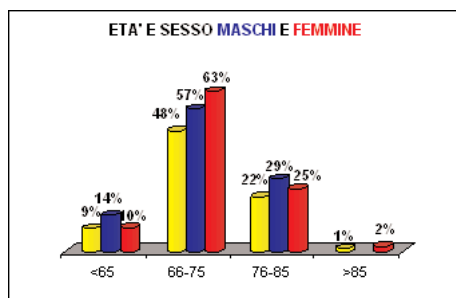
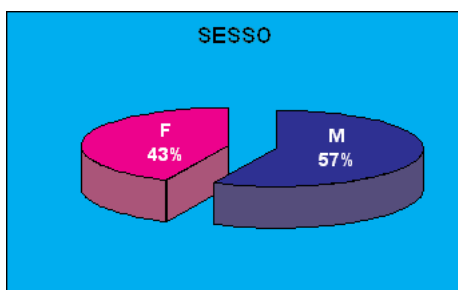
opportunamente formati allo scopo e da assistenti sociali dell'U.O. servizi sociali del distretto sanitario n. 2.

Il campione è stato composto da anziani selezionati su base ragionata: costituito da persone anziane, compresi nella fasce d'età 60-85 anni, sensibili alle tematiche sociali. Una quota del campione è stata invece individuata tramite selezione casuale attraverso i nominativi presenti presso l'anagrafe comunale.

Le aree tematiche del questionario hanno riguardato: il vissuto personale della persona anziana e il suo contesto socio-ambientale, gradimento dei servizi sanitari, analisi di proposte per il loro miglioramento, modalità di fruizione del tempo libero; analisi dei bisogni sociali e sanitari; interessi prevalenti.

Le interviste sono state realizzate nel periodo giugno- settembre 2005.

### *Caratteristiche del campione*



L'indagine ha visto la somministrazione di 121 questionari ad altrettante persone anziane residenti nelle diverse frazioni del quartiere di Catanzaro Lido.

Di seguito riportiamo alcuni grafici con le caratteristiche anagrafiche e sociali del campione.

### *Maschi in maggioranza*

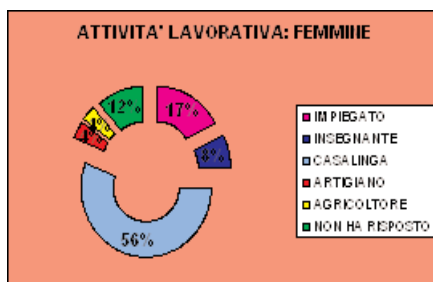
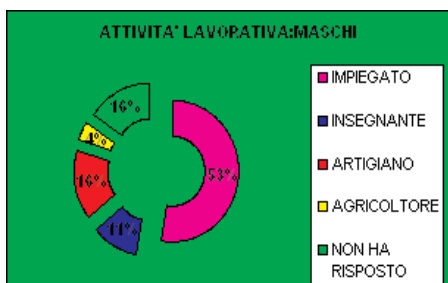
Il campione della ricerca ha visto una selezione mista degli anziani intervistati. Il gruppo più consistente è stato individuato fra gli anziani, in prevalenza maschi di età compresa tra 66-75 anni, maggiormente interessati alle problematiche sociali. Questa scelta ha avuto lo scopo di coinvolgere e sensibilizzare maggiormente una fetta consistente della popolazione anziana residente nel quartiere marinaro, che esprime il bisogno di

nuove forme di partecipazione attiva alla vita sociale della città, anche attraverso il personale coinvolgimento in iniziative di utilità sociale.

Nel campione, nel rispetto delle caratteristiche anagrafiche presenti fra i la popolazione di pensionati residenti a Cz Lido, sono rappresentate le idee, i bisogni ed i desideri di un gruppo di pensionati giovani, al di sotto di 60 anni, così come trovano spazio le risposte fornite da un gruppo di anziani ultra 77enni.

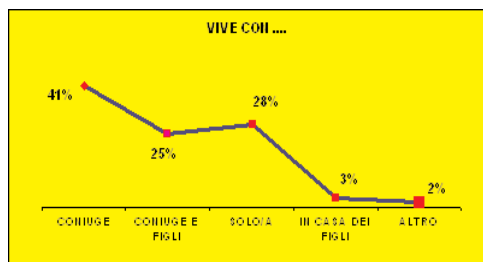
### *Impiegati e casalinghe*

Dall'analisi delle informazioni relative all'attività lavorativa svolta in precedenza si segnala in netta maggioranza l'attività di impiegato per gli uomini, in questa tipologia di risposta sono stati inseriti tutti coloro hanno lavorato nelle pubbliche amministrazioni: poste, ferrovie, pubblico impiego (53%). Altre attività lavorative indicate dalle persone intervistate hanno riguardato l'attività di insegnante (11%) seguito da artigianato (16%) ed agricoltura(4%)



Fra le donne l'attività lavorativa più diffusa si è svolta all'interno delle mura domestiche come casalinga (56%) a cui si affianca un gruppo di donne , pari al 17% inserite nel pubblico impiego e un gruppo meno numeroso (8%), ha svolto il lavoro di insegnante.

### *Anziani in compagnia*

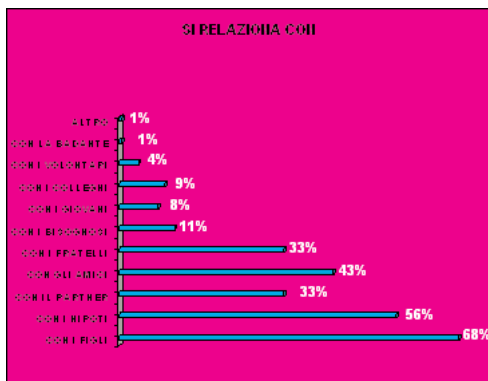


La stragrande maggioranza delle persone intervistate, al momento, può contare su una robusta rete parentale ed amicale. Solo una minoranza di anziani(28%), ha infatti dichiarato di vivere da solo/a, mentre per tutti gli altri si

registra il conforto della presenza di altri componenti del nucleo familiare (coniuge 41%); (coniuge e figli 25%)

Altro aspetto confortate registrato dallo studio su questo aspetto riguarda il sistema delle relazioni in cui sono inseriti gli anziani intervistati.

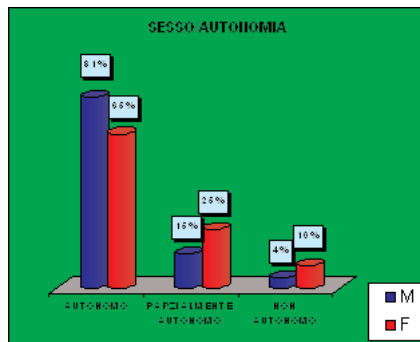
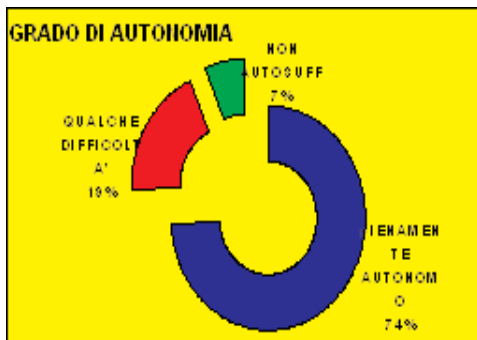
Alla domanda relativa a *con chi trascorrono il loro tempo*, gli anziani hanno messo al primo posto gli affetti ed i legami famigliari: i figli(68%) e nipoti(56%) a cui hanno fatto seguito, a stretto giro, gli amici 43% , i fratelli(33%), il/la partner(33%).



L'importanza della presenza di figure parentali di riferimento è a tutti nota, specie in una fase, come quella attuale, in cui l'azione progettuale delle politiche sociali e sanitarie deve essere orientata a rafforzare le competenze ed il ruolo della famiglia per raggiungere l'obiettivo del benessere del cittadino.

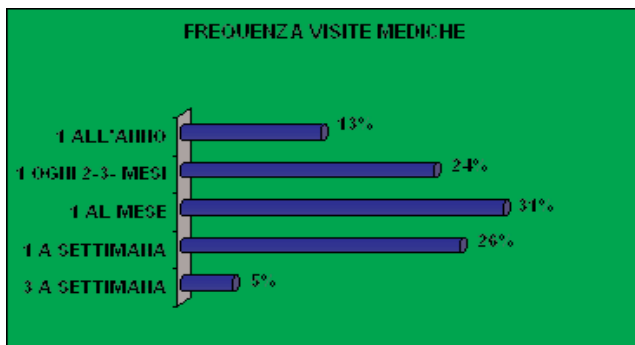
### Anziani intervistati in salute

In merito alle condizioni di salute il campione preso in esame, in relazione alle risposte fornite, esprime in netta prevalenza buone condizioni di salute . Il dato ovviamente risente della tipologia del campione in cui vi è una netta maggioranza di anziani compresi tra 66-75 anni.



Circa il 75% delle persone intervistate si sono dichiarate pienamente autonome nello svolgimento delle attività quotidiane, mentre una parte minoritaria (15%) vive una condizione di parziale autonomia, e solo una ridotta minoranza del campione (7%) è rappresentata da anziani non in grado di svolgere in piena autonomia le attività quotidiane.

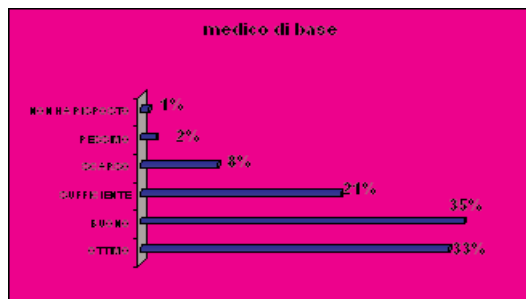
Questa condizione di generale benessere fisico trova pieno riscontro nelle domande relative alla periodicità con cui gli anziani si sottopongono a visite mediche.



La risposta maggiormente indicata è stata 1 visita al mese (31%) a cui però segue una periodicità ancor più rada (1 visita ogni 2-3 mesi 24%) e (1 visita all'anno 13%). Da segnalare però la presenza nel campione di un gruppo di anziani (26%) che si rivolge al medico una volta a settimana e di una percentuale (5%) di frequentatori assidui degli ambulatori medici in quanto ricorrono a questa tipologia di prestazioni per 2-3 volte a settimana.

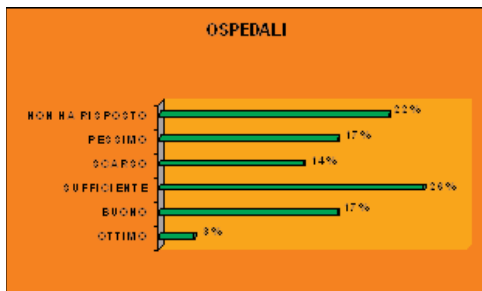
### *Sanità da migliorare*

La ricerca ha avuto fra le sue diverse finalità, ha avuto lo scopo di rilevare in maniera approfondita i giudizi delle persone anziane in merito alle diverse tipologie di prestazioni sanitarie utilizzate da questa importante fascia della popolazione locale.

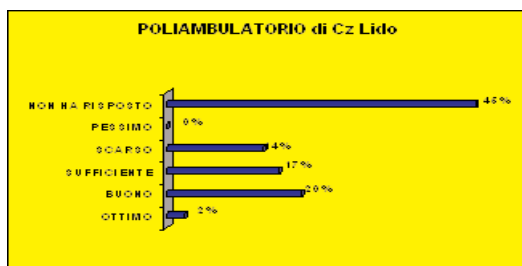


In quest'area si sono registrate ombre e luci all'interno dell'attuale sistema dei servizi sanitari disponibili.

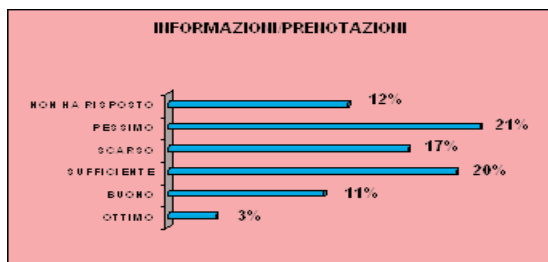
Il medico di base ha registrato un elevato gradimento in quanto, la netta maggioranza degli anziani, ha attribuito a questa importante figura del sistema di assistenza sanitaria territoriale, una valutazione molto positiva. Solo una piccola minoranza (circa il 10%) ha espresso pareri negativi sull'operato del proprio medico di base. C'è tuttavia da rilevare che, da quanto emerso durante le interviste, molti anziani guardano al loro medico con atteggiamento di suggestione e timore, al punto da pertanto da evitare di esprimere considerazioni negative.



Criticità sono invece emerse in merito alle prestazioni erogate da altri importanti servizi come l'ospedale in cui le risposte si spostano in maniera più evidente nell'area dell'insoddisfazione, mentre il polo sanitario di Cz Lido ha registrato un elevato n. di anziani che non hanno fornito alcuna risposta in quanto non fruiscono di prestazioni.



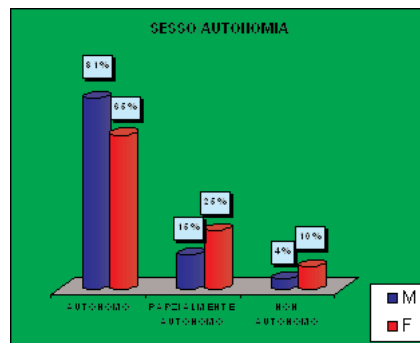
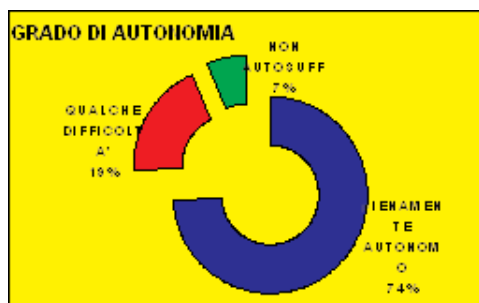
Altro nodo di criticità è rappresentato dai servizi di informazioni e prenotazioni, attivi presso l'ospedale ed il polo sanitario. Circa il 40 % del campione non avuto dubbi nel segnalare disfunzioni di carattere organizzativo, informazioni incomplete o poco comprensibili, ma anche carenze di tipo relazione da parte del personale addetto.



### Anziani intervistati in salute

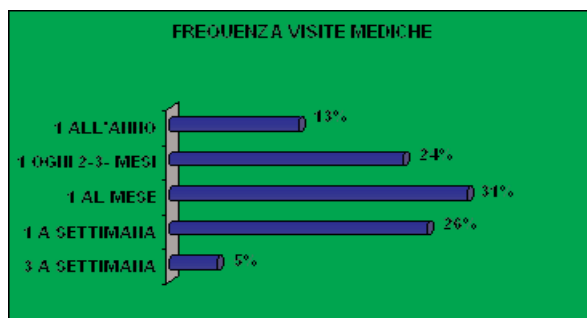
In merito alle condizioni di salute il campione preso in esame, in relazione alle risposte fornite, esprime in netta prevalenza buone condizioni di salute. Il dato ovviamente risente della tipologia del campione in cui vi è una netta maggioranza di anziani compresi tra 66-75 anni.

Circa il 75% delle persone intervistate si sono dichiarate pienamente



autonome nello svolgimento delle attività quotidiane, mentre una parte minoritaria (15%) vive una condizione di parziale autonomia, e solo una ridotta minoranza del campione (7%) è rappresentato da anziani non in grado di svolgere in piena autonomia le attività quotidiane.

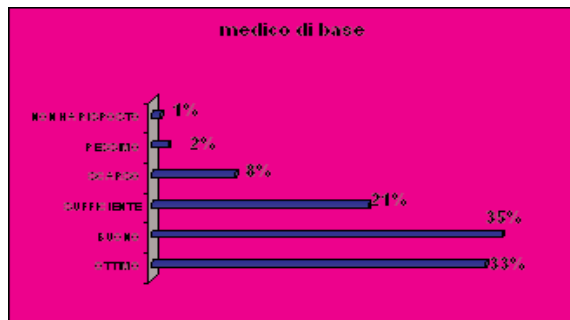
Questa condizione di generale benessere fisico trova pieno riscontro nelle domande relative alla periodicità con cui gli anziani si sottopongono a visite mediche.



La risposta maggiormente indicata è stata 1 visita al mese (31%) a cui però segue una periodicità ancor più rada (1 visita ogni 2-3 mesi 24%) e (1 visita all'anno 13%). Da segnalare però la presenza nel campione di un gruppo di anziani (26%) che si rivolge al medico una volta a settimana e di una percentuale (5%) di frequentatori assidui degli ambulatori medici in quanto ricorrono a questa tipologia di prestazioni per 2-3 volte a settimana.

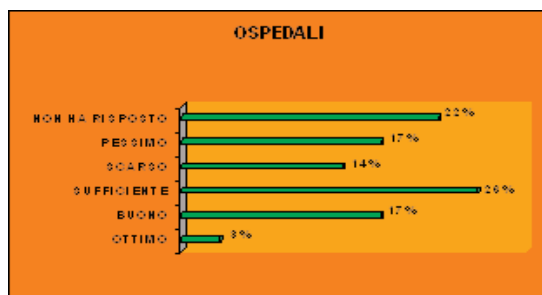
## Sanità da migliorare

La ricerca ha avuto fra le sue diverse finalità, ha avuto lo scopo di rilevare in maniera approfondita i giudizi delle persone anziane in merito alle diverse tipologie di prestazioni sanitarie utilizzate da questa importante fascia della popolazione locale.



In quest'area si sono registrate ombre e luci all'interno dell'attuale sistema dei servizi sanitari disponibili.

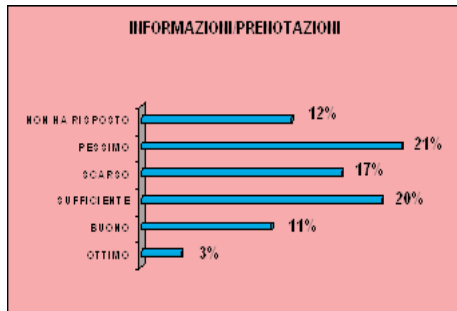
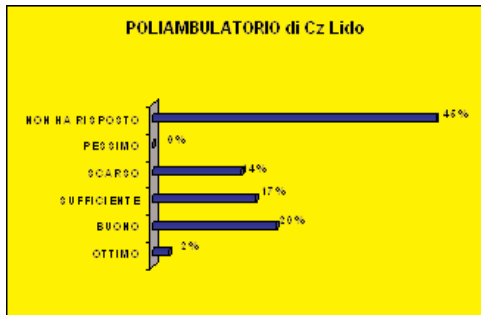
Il medico di base ha registrato un elevato gradimento in quanto, la netta maggioranza degli anziani, ha attribuito a questa importante figura del sistema di assistenza sanitaria territoriale, una valutazione molto positiva. Solo una piccola minoranza (circa il 10%) ha espresso pareri negativi sull'operato del proprio medico di base. C'è tuttavia da rilevare che, da quanto emerso durante le interviste, molti anziani guardano al loro medico con atteggiamento di suggestione e timore, al punto da pertanto da evitare di esprimere considerazioni negative.



Criticità sono invece emerse in merito alle prestazioni erogate da altri importanti servizi come l'ospedale in cui le risposte si spostano in maniera più evidente nell'area dell'insoddisfazione, mentre il polo sanitario di Cz Lido ha registrato un elevato n. di anziani che non hanno fornito alcuna risposta in quanto non fruiscono di prestazioni.



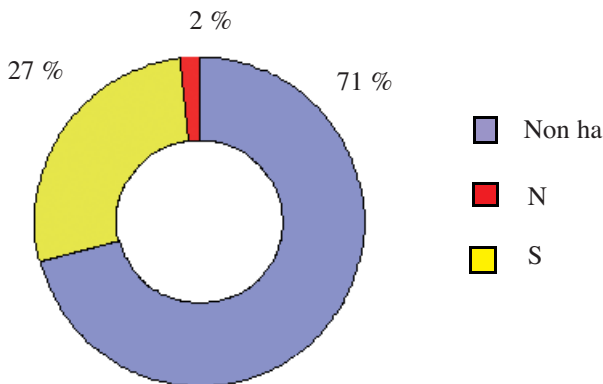
Altro nodo di criticità è rappresentato dai servizi di informazioni e prenotazioni, attivi presso l'ospedale ed il polo sanitario. Circa il 40 % del campione non avuto dubbi nel segnalare disfunzioni di carattere organizzativo, informazioni incomplete o poco comprensibili, ma anche carenze di tipo relazione da parte del personale addetto.



E' significativo inoltre che più della metà del campione ha evidenziato problemi nella loro esperienza di fruizione dei servizi sanitari .

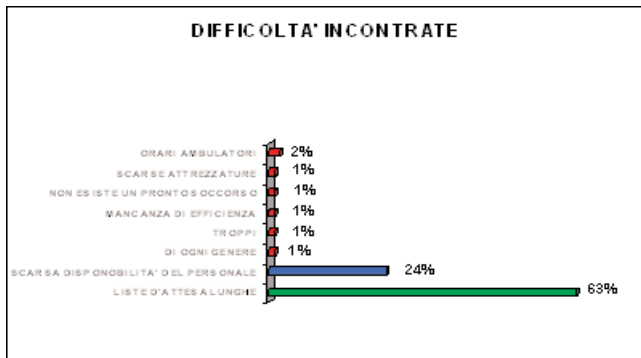
Fra le problematiche principali che hanno causato notevoli disagi ai fruitori intervistati emerge in tutta la sua gravità la persistenza di lunghi tempi di attesa che spesso comporta il ricorso ad erogatori di tipo privato con gli oneri consequenziali.

**Problemi incontrati nella fruizione di servizi sanitari**



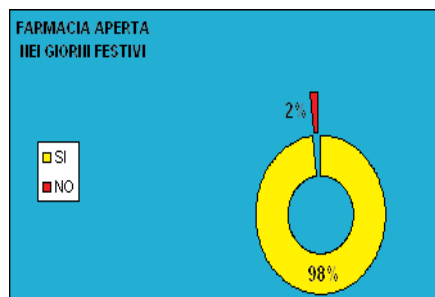
Gli anziani hanno manifestato lamentele nei confronti del personale, in particolare di quanti sono addetti al servizio prenotazioni, per le motivazioni sopra espresse.

Un aspetto da segnalare riguarda la scarsa conoscenza presso la popolazione anziana di un servizio importante quale l'assistenza domiciliare sanitaria, scarsa conoscenza registrata anche fra quanti versano in condizioni di salute precarie che potrebbero, a pieno titolo, usufruire di questo importante servizio di cura ed assistenza, (il 61% non conosce il servizio).



### Servizi richiesti

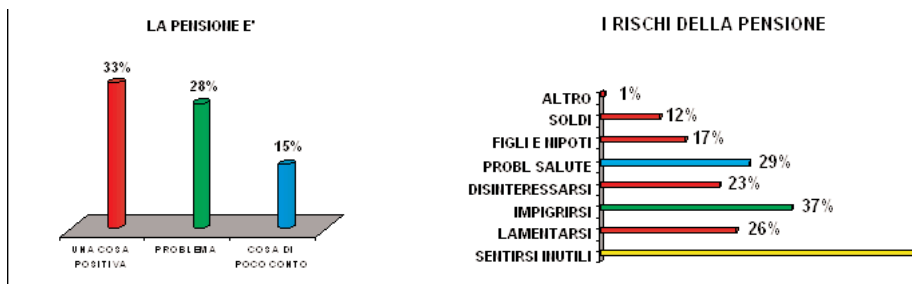
Passando all'area dei servizi, sociali e sanitari, richiesti dagli anziani per godere di un'assistenza più efficace, il primo posto è stata occupato dall'A.D.I. (60%) assistenza domiciliare integrata anche da prestazioni di tipo sociale, seguito da servizi per il disbrigo pratiche (42%) e dalla consegna a domicilio di farmaci (20%)



Fra le richieste formulate si segnala che la quasi totalità del campione chiede a viva voce di poter avere una delle 3 farmacie presenti sul territorio di Cz-Lido, aperta durante le giornate festive (98%). La mancanza di questo servizio in giornate un cui il sistema dei trasporti registra una considerevole contrazione, rappresenta un grosso problema per gli anziani.

## Pensionati a rischio

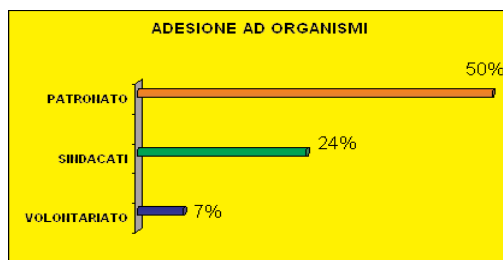
In merito a cosa comporta nella vita di un individuo andare in pensione, il campione si è ripartito tra una consistente percentuale di quanti ritengono il pensionamento un elemento positivo (33%) e quanti ritengono questa fase della vita un possibile problema causato dall'adozione di un ruolo caratterizzato più per ciò che manca che per le opportunità possibili (28%). Si è registrata inoltre una minoranza rappresentata da coloro che ritengono la pensione un fatto di poco conto per il proseguo della loro esistenza (15%).



Dall'analisi delle risposte fornite in merito ai rischi a cui incorre una persona in pensione si sono registrate risposte molto chiare. Il rischio maggiore è rappresentato da un senso di inutilità (62%) che appare un vero e proprio spauracchio in quanti vivono un ruolo socialmente poco riconosciuto e valorizzato. Altro indicazione emersa dai pensionati, quasi per accentuarne i possibili effetti negativi, il rischio di cadere in uno stato di pigrizia (37%). E' significativo che i problemi i salute, ritenuti in generale una primaria preoccupazione delle persone anziane, abbiano registrato il 3° posto in questa speciale graduatoria dei rischi (29%).

## Alla ricerca di nuovi spazi

Un ambito in cui inventare e sperimentare forme di valorizzazione dell'anziano come individuo, come cittadino e come persona portatore di un bagaglio di conoscenze, saperi ed abilità, è quello della vita sociale.



La situazione attuale, per la maggior parte degli anziani, risulta carente in quanto sono solo un'esigua minoranza di loro che partecipa attivamente alle iniziative delle organizzazioni di volontariato presenti nel quartiere (7%) , è iscritto a movimenti sindacali(24%). Sono invece più numerosi gli anziani che si rivolgono ai patronati(50%).

E' poi diffusa una percezione di disinteresse da parte dell'amministrazione comunale nei confronti delle richieste e delle esigenze manifestate dalle persone anziane (70%).



Le motivazioni di questo comportamento da parte dell'istituzione locale sono disparate, ma le risposte più frequenti hanno riguardato l'assenza di strutture e servizi adeguati (18%) ed il grosso della lamentale riguarda una generale disattenzione e disinteresse dei pubblici amministratori nei confronti delle istanze provenienti dalle persone anziane (61%). Indicatori di questo disinteresse sono costituiti da condizioni di degrado del quartiere, molto segnalati i mancati interventi di manutenzione delle strade ed una più generale sensazione di abbandono della periferia al proprio destino.

Le risposte registrate nell'area dei rischi fanno il paio con quelle fornite in merito alla attuale valorizzazione delle conoscenze e delle esperienze delle persone anziane.

La stragrande maggioranza delle persone intervistate non ha dubbi. La società attuale non è stata finora capace di valorizzare questo mondo vitale presente nelle comunità (80%).



La cosa estremamente positiva è che dalle stesse persone anziane arrivano indicazioni circa le aree in cui si potrebbero creare delle nuove occasioni di partecipazione. Fra queste si segnala il volontariato, pensato però come attività organizzata e strutturata (56%), a cui fanno seguito le proposte di iniziative intergenerazionali (11%) e di progetti per la vigilanza di scuole e parchi(10%), per concludere con iniziative creative e ricreative(6%).

### **Considerazioni conclusive**

La scelta di condurre una ricerca sul campo rappresenta per i promotori una fase di un percorso a più tappe determinate dai tempi necessari per dare risposta esaustiva alle richieste emergenti. L'augurio è comunque che, una maggiore conoscenza dei bisogni generi una rinnovata azione da parte dei diversi enti ed organismi pubblici e privati che hanno negli anziani dei fruitori dei loro servizi.

Per quanto riguarda i bisogni che si possono trovare una risposta in una prima fase si segnalano:

- il miglioramento dei servizi sanitari, soprattutto in merito all'accoglienza delle richieste;
- l'assicurazione della disponibilità di una farmacia di Lido aperta durante le giornate festive;
- l'attivazione-potenziamento di un Centro Anziani per l'animazione sociale durante tutto l'anno con laboratori e attività anche di volontariato per l'organizzazione del tempo libero e per la socializzazione;
- l'impegno a proseguire il potenziamento delle strutture del distretto sanitario di Lido;

La ricerca ha avviato un primo processo di costruzione di nuove conoscenze sul variegato mondo della terza età, realtà in cui sono presenti bisogni, desideri ed aspettative fra loro diverse. Nel nostro caso, in virtù delle caratteristiche demografiche del campione utilizzato, ci troviamo di fronte a persone, in prevalenza, ancora in buona salute psico-fisica, con alte motivazioni ed interessi sociali, con un buon livello di cultura. Sono queste delle vere e proprie risorse che il quartiere di Lido dovrebbe riuscire a valorizzare attraverso la sperimentazione di iniziative e progetti che contribuiscano ad affermare una nuova cultura e nuove idee sul come vivere la terza età.

## CURE SANITARIE DOMICILIARI DEL DISTRETTO N.3

SOVERATO - ANNO 2003

*Dr: Antonio Brunetti, Dr. Domenico Tucci*

L'erogazione di questo tipo di assistenza viene effettuata da una società ( ATI – MEDICASA ); il Distretto, attraverso la segreteria-accettazione delle Cure Sanitarie Domiciliari ha il compito di procedere all'accoglienza delle richieste, alla valutazione e rivalutazione domiciliare dei casi bisognevoli di questo tipo di assistenza, alla formulazione del piano operativo ed agli interventi socio-assistenziali attraverso relativa segnalazione ai Servizi Sociali.

*Il monitoraggio riguarda l'anno 2003:*

- numero di soggetti trattati in CSD: 533 ;
- numero di medici di medicina generale: 82;
- popolazione residente nel Distretto: 79304;
- numero di casi per tipologia: vedi grafico allegato;
- numero di accessi CSD di medici di medicina generale: 842;
- numero di richieste di attivazione: 553 .

*Gli indicatori sono stati:*

numero di soggetti trattati in CSD: 553  
numero di popolazione residente: 79304  
 $X 100 = \% \text{ soggetti in CSD, pari a } 0,7\%;$

numero di soggetti in CSD: 553  
numero di medici di medicina generale: 82  
media dei soggetti CSD per medico, pari a 6,74%;

numero di soggetti in CSD : 533  
numero dei medici che hanno attivato le CSD: 67  
media dei soggetti per medico che ha attivato le CSD, pari a 8,25% ;

numero di tipologia dei casi  
numero degli assistiti in CSD  
 $X 100 = \% \text{ dei casi trattati per assistiti in CSD (vedi grafici pag. 60 - 61)}$

numero di accessi CSD dei medici di M.G.: 842  
x Euro 18,90(costo accesso) = Euro 15.913,00 ;

spesa per accessi dei medici di M.G. : Euro 15.913,00  
numero dei medici di M.G. che hanno effettuato CSD : 67  
Euro 237,00 ( spesa media per medico);

spesa per accessi dei medici di M.G. : Euro 15.913,00  
numero medici di M.G. : 82  
Euro 194,00 ( spesa media per medico );

spesa richiesta dalla MEDICASA nell'anno 2003 : Euro 451.000,00  
numero assistiti in CSD nel 2003 : 553  
Euro 815,00 x assistito.

**PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE**  
*Resp. dott.ssa Franca Faillace*  
Distretto Sanitario n° 2 - Catanzaro Lido  
*Dott. Maurizio Rocca, Sig. Enrico Ambrosio*

## **Premessa**

La legge 214 del 2003 ha introdotto l'obbligo del certificato di idoneità per la guida del ciclomotore (patentino). I ragazzi dai 14 ai 18 anni, quindi, a partire dal 1 luglio 2004, devono conseguire questo certificato di idoneità per poter guidare scooter e motorini di cilindrata non superiore a 50 cm cubici.

L'educazione stradale, pertanto, viene intesa come dovere di rispettare la vita e la salute propria e altrui.

L'insegnamento della sicurezza stradale deve essere congiunto con l'insegnamento dato dai genitori ed essere impartito in stretta collaborazione con essi in modo sistematico e continuo.

L'attività già rivolta, nei precedenti anni, dal Servizio di Educazione alla Salute dell'A.S. n°7 di Catanzaro in collaborazione con l'unità operativa di Medicina Scolastica ad oltre 1000 studenti del biennio degli Istituti Superiori di Catanzaro, ha concentrato gli interventi: all'informazione, alla prevenzione, e allo studio delle abitudini dei giovani alla guida di ciclomotori.

Al termine dei suddetti interventi, ad ogni studente è stato consegnato un opuscolo informativo con le regole di comportamento alla guida di motocicli (allegato n°1).

Gli Istituti Superiori coinvolti durante l'a.s. 2002/03 in questa attività sono stati i seguenti:

- Liceo Scientifico Siciliani
- Liceo Ginnasio Galluppi
- Istituto Tecnico Agrario
- Istituto Tecnico Attività Sociali
- Istituto Tecnico Industriale

Il dato generale di questo studio (allegato n°2) indirizzato a 1032 alunni, 601 maschi (58%) e 431 femmine (42%), ha dato questi risultati:



- I maschi che possiedono lo scooter sono 308 (51%); di questi, 147 (47%) usano il casco; hanno subito incidenti 88 (28%), di cui 19 (21%) hanno avuto bisogno di cure mediche al P.S.;
- le donne che possiedono lo scooter sono 79 (18,3%); di queste, 55 (69%) usano il casco; hanno subito incidenti 14 (18%), di cui 3 (21%) hanno avuto bisogno di cure mediche al P.S.

## **Conclusioni**

I dati dell'indagine svolta offrono numerosi spunti di riflessione.

Va segnalata, innanzitutto, la carenza di formazione per la prevenzione degli incidenti stradali, denunciata durante gli interventi; infatti la maggior parte ha dichiarato di non aver mai partecipato ad iniziative di prevenzione.

Anche se esistono leggere differenze fra Istituti, da questi dati emerge, in generale, che il sesso femminile: guida il ciclomotore in numero ridotto rispetto ai maschi, usa il casco in percentuale maggiore, subisce un numero inferiore di incidenti; anche se le percentuali di chi si reca al P.S., tra i due sessi, sono identiche.

## **Epidemiologia**

Nell'anno 2001, in base ai dati ISTAT, le autorità di polizia hanno rilevato 235.142 incidenti stradali che hanno causato il decesso di 6.682 persone (altre 334.679 hanno subito lesioni di diversa gravità). Nel nostro paese si verificano 644 incidenti al giorno, muoiono mediamente 18 persone, mentre altre 917 rimangono ferite. Rispetto al 2000 si riscontra una crescita degli incidenti del 2,7%, dei morti dello 0,5% e dei feriti del 4,1%. Le città si confermano i luoghi dove si registrano il maggior numero di incidenti, di morti e di feriti.

Quanto alle due ruote l'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che se l'uso del casco sarà generalizzato, si arriverà a un calo dell'incidenza del trauma cranico del 48%, a un risparmio di 182 vite umane e di 364 invalidi, con una riduzione di costi socio-sanitari superiore a 200 milioni di euro in un solo anno.

In dettaglio si è calcolato che ogni aumento dell'1% dell'uso del casco corrispondono 2 morti, 4 invalidi, 100 ricoveri per trauma cranico in meno all'anno.

In Italia è impossibile anche una semplice catalogazione degli incidenti in base alla cilindrata dei veicoli coinvolti. I dati dell'ISTAT sono assolutamente insufficienti in questo campo.

In base ad uno studio elaborato dall'Eurispes su dati Ania, relativo agli incidenti con ciclomotori, le province calabresi, come indice di sinistrosità, risultano ai primi posti a livello nazionale; la provincia di Catanzaro col 12,28% di sinistri si colloca al 10 posto.

Il Piano Regionale per la Salute, 2004-2006, ha inserito nell'obiettivo di salute n°3 gli incidenti stradali.

Le analisi conclusive della recente relazione sullo Stato Sanitario dell'Azienda Sanitaria n°7 di Catanzaro, secondo rapporto 2002, hanno inserito al primo posto di causa prevenibile con interventi di prevenzione primaria, le morti violente, specialmente da incidenti stradali.

La mortalità di incidenti stradali rappresenta per i giovani nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni la prima causa di morte. Un fenomeno che viene spesso ricondotto dalla cronaca alle cosiddette stragi del sabato sera, legate agli spostamenti di giovani e giovanissimi da e per le discoteche e locali vari.

Le principali cause degli incidenti sono riconducibili a eccesso di velocità, mancato rispetto delle regole della precedenza, a distrazione

nella guida o a condizioni psico-fisiche alterate per alcool o sostanze stupefacenti.

L'educazione stradale per gli utenti della strada più giovani costituisce, pertanto, una priorità di assoluto rilievo sociale e la "domanda" di sicurezza coinvolge le amministrazioni pubbliche a tutti i livelli.

La Scuola dell'obbligo, dunque, è il luogo naturale dell'interiorizzazione dei principi base della prevenzione.

### **Obiettivi generali**

- Presa di coscienza della necessità e importanza delle norme volte a regolare la vita associata, con particolare riferimento a quelle della strada

### **Obiettivi specifici**

- Saper mettere in atto interventi opportuni in caso di incidente
- Essere consapevoli dei fattori patologici che possono causare pericolo e danni alla circolazione stradale (farmaci, droghe, alcool)
- Dimostrare consapevolezza circa i rischi e i danni alla salute dell'uomo derivanti dal traffico assordante ed inquinante

### **Target**

- Alunni del 2° anno, iscritti durante l'a.s.2004/05 degli Istituti Superiori ricadenti nel Distretto Sanitario n°2 dell' Azienda Sanitaria n°7 di Catanzaro  
*(I suddetti studenti verranno seguiti nel corso del 2° e 3° anno scolastico).*

### **Tempi di attuazione**

- Biennale - Anni scolastici: 2004/05 - 2005/06

## Servizi e Istituzioni coinvolte

Nell'ambito delle attività inerenti l'infortunistica stradale, assume un ruolo fondamentale la prevenzione.

Si ritiene, pertanto, necessario in questo progetto cercare alleanze con istituzioni che sul territorio si occupano, costantemente, di sicurezza stradale.

Hanno aderito a questo appello:

- il settore infortunistica della Polizia Stradale di Catanzaro
- l'Associazione onlus "Italiana familiari e vittime della strada"
- l'ACI di Catanzaro

Servizi coinvolti appartenenti all'Azienda Sanitaria n°7 di Catanzaro

- Distretto Sanitario n°2
- SUEM 118
- Ser.T
- Servizio di Educazione alla Salute
- Servizio di Epidemiologia e Statistica Sanitaria

Risorse necessarie

*1) umane*

Azienda Sanitaria:

- Assistente Sanitario esperto
- Infermiere/a Professionale esperto/a
- Assistente Sociale esperto
- Sociologo
- Medico
- Psicologo
- Operatore informatico (specializzato in elaborazione dati)

Scuola:

- Docenti
- Referenti all'Educazione alla Salute

## 2) *strumentali*

### Azienda Sanitaria

- Lavagna luminosa portatile
- Computer portatile dotato di videoproiettore, completo di tutti gli accessori
- floppy da 3,5 pollici
- fotocopiatrice
- schedario
- cartelle plastificate porta progetto
- fogli A4 e A3 per stampante e fotocopiatrice
- lucidi per fotocopiatrice e stampante
- materiale vario di cancelleria
- videocassette

### Scuola

- Sala conferenza
- Lavagna luminosa
- Televisore con videoregistratore
- Computer con stampante
- Fotocopiatrice
- Fogli A4 e A3 per stampante e fotocopiatrice
- Lucidi per fotocopiatrice e stampante
- Materiale vario di cancelleria
- Videocassette
- Stampati tipografici per la realizzazione di pieghevoli divulgativi

### Indicatori per la valutazione dell'intervento

- indicatori di efficacia

Incremento del numero dei soggetti che conoscono i più importanti fattori di rischio alla guida di ciclomotori.

Incremento del numero di studenti alla guida del ciclomotore che utilizzano il casco.

Aumento del numero di studenti che si iscrivono ai corsi per il rilascio del certificato di idoneità alla guida di ciclomotori.

- Indicatori di efficienza

I tempi e le risorse identificate in fase di programmazione coincidono con gli effettivi tempi e risorse che sono stati necessari per la realizzazione del programma

Gli operatori delle istituzioni coinvolte si sono integrati, condividendo gli obiettivi del programma

- Indicatori di gradimento e di soddisfazione

La popolazione target riferisce di aver trovato l'attività progettuale interessante e coinvolgente

Gli operatori che hanno condotto il programma si dichiarano soddisfatti del ruolo avuto nello stesso

## **Percorso Didattico**

Nell'ambito di tale attività progettuale si è sentita la necessità di costituire una "rete" dove un insieme di organizzazioni, condividendo valori e norme comuni, si riuniscono attorno ad un tema di interesse collettivo. Tutto ciò ci porta a stabilire legami tra persone, gruppi, istituzioni e organizzazioni che hanno un interesse specifico per la salute.

Il progetto, nel primo e secondo anno prevede un incontro preliminare con i Dirigenti Scolastici e successivamente con Docenti (preferibilmente in un collegio dei Docenti) dove saranno discusse le attività che verranno svolte durante l'anno.

In ambito scolastico, interlocutore necessario è l'insegnante referente di educazione alla salute; mentre, per ogni classe coinvolta nel progetto sarebbe utile la segnalazione da parte della Scuola di un insegnante di riferimento.

Si prevedono n°3 incontri a classe, per anno scolastico, di due ore ciascuno. Solo per alcuni moduli possono essere inserite più classi insieme.

La strategia organizzativa e di verifica impone che ad inizio e fine anno da parte degli operatori extrascolastici coinvolti nel progetto vi sia un incontro, nell'ambito del quale sarà programmata la calendarizzazione degli interventi dei vari moduli.

Ogni anno ad inizio attività è stato previsto un incontro con i genitori delle classi coinvolte, per informarli sulle attività ed i contenuti che verranno trasmessi.

All'inizio del primo anno, prima degli interventi, verrà somministrato un questionario anonimo alla presenza dell'insegnante dell'ora a tutti gli studenti coinvolti nel progetto (gruppo target); parallelamente verranno dati gli stessi questionari ad altri studenti iscritti nel 2° anno in altri Istituti dove il progetto non verrà proposto (gruppo controllo).

A completamento delle attività biennali previste dal progetto, verrà somministrato il questionario di verifica, sia al gruppo target che al gruppo di controllo

## **Moduli**

### *1° Modulo - Il nuovo codice della strada*

Nel 1992 è nato il Nuovo Codice della strada, ma le novità più recenti in materia di circolazione stradale si sono avute nel 2003. Due sono i cambiamenti che hanno destato più interesse:

l'introduzione del "patentino" per la guida del ciclomotore e la patente a punti

- Principi generali di sicurezza stradale
- La segnaletica
- Tipologia dei veicoli e norme per la loro conduzione
- Comportamenti a rischio alla guida di motocicli
- La patente a punti
- Cause di incidenti e assicurazione
- Altre tematiche di interesse della classe e del relatore

### *2° Modulo - Educare alla legalità*

Nella circolazione stradale tutti (ciclisti, automobilisti, motociclisti, ma anche pedoni) devono avere un comportamento responsabile, educato, corretto e attento, a vantaggio degli altri e dell'ambiente, ma anche per la propria sicurezza. Tutti, quindi, devono conoscere e rispettare il codice della strada. Da un incidente stradale derivano responsabilità che possono essere sia civili che penali.

- Valore e rispetto della regola
- Valore e rispetto dell'ambiente (inquinamento acustico e ambientale)

- Educare alla legalità sulla strada
- La responsabilità penale e civile del soccorritore
- Altre tematiche di interesse della classe e del relatore

### 3° Modulo - *Il trauma cranico*

Il trauma cranico rappresenta per frequenza e per impiego di risorse, uno dei maggiori problemi sanitari. Il trauma cranico è responsabile del 50% di tutte le morti traumatiche e del 2% di tutti i decessi. L'incidenza più alta è nei giovani con picco tra i 15 ed i 24 anni. La fine della primavera e l'estate rappresentano i periodi annuali in cui avvengono più traumi cranici.

Gli incidenti stradali, con il 48%, sono la principale causa dei traumi cranici

- Sistema nervoso e suo funzionamento
- I danni cerebrali da trauma cranico
- Normativa concernente l'uso del casco
- Caratteristiche ed utilizzo corretto del casco
- Altre tematiche di interesse della classe e del relatore

### 4° Modulo - *Giovani uso di sostanze e guida*

L'aumento del numero degli incidenti stradali coinvolgenti giovani di età tra i 18 e i 29 anni alla guida di autoveicoli, il fenomeno delle stragi del sabato sera, la propensione dell'adolescente ad affrontare situazioni a rischio, l'accertato riscontro che la causa maggiore degli incidenti inspiegabili è riferita all'abuso di alcol e droghe, ci costringe ad affrontare questa tematica finalizzata a rafforzare la capacità di tenuta e di reazione dell'adolescente nei confronti delle diverse situazioni a rischio che la pratica di guida presenta per chi si trova, anche occasionalmente, ad usare droghe, alcol, o determinati farmaci.

- Conseguenze fisiche e psichiche derivanti dall'uso di alcool e droghe
- Il rapporto tra consumo di droghe, alcol, farmaci, e l'idoneità alla guida
- Norme che regolamentano la guida sotto l'influenza dell'alcool (art.186 codice della strada)



- Norme che regolamentano la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art.187 Codice della strada)
- Altre tematiche di interesse della classe e del relatore

### 5° Modulo - *L'emergenza sanitaria nell'infortunistica stradale*

Il primo soccorso consiste nel prestare le prime cure ad uno o più infortunati, vittime di incidente o malore, nell'attesa di un soccorso qualificato ( medico, ambulanza, personale del 118, personale di un pronto soccorso ospedaliero).

Un intervento corretto in questo intervallo di tempo può evitare peggioramenti all'infortunato e al limite salvargli la vita. Ogni persona può trovarsi nelle condizioni di dover prestare soccorso; bisogna però saperlo fare. Le improvvisazioni, lo slancio generoso incontrollato possono tramutare un soccorso in un danno. Non basta la buona volontà, né il sapere che l'omissione di soccorso è perseguibile per legge, per sentirsi pronti ad aiutare una persona che corre dei rischi o che è sofferente.

- Principi e pratica di primo soccorso
- Tecniche principali di primo soccorso
- Condotta da tenere in caso incidente stradale
- (art.189 codice della strada)
- Responsabilità del primo soccorritore
- Simulazioni e rappresentazioni di intervento
- Altre tematiche di interesse della classe e del relatore

### **Attività conclusive**

Importanza notevole riveste l'incontro di chiusura del progetto che vedrà coinvolta in una manifestazione tutta la popolazione scolastica dell'Istituto, per tale evento verranno invitati le istituzioni territoriali e la famiglia. In tale contesto verranno valutati e discussi i principali dati emersi dall'elaborazione dei questionari, che verranno tabulati mediante programma Microsoft Excel 2000; i risultati di tale studio potranno essere un contributo ad altri analoghi studi. L'aspetto organizzativo di tutta la manifestazione verrà deciso con gli organismi scolastici.

Un ruolo fondamentale, durante tale manifestazione, sarà la testimo-

nianza da parte di un componente dell' Associazione italiana familiari e vittime della strada - onlus.

Morte e sofferenza non possono essere ridotte a numeri di statistica. per quanto impressionanti siano. La strage è un insieme di casi in ognuno dei quali il dramma si consuma in termini diversi ma sempre con un impatto devastante.

Per capirla è necessario guardare dentro ogni singolo evento.

Il sinistro mortale, come l'invalidità gravissima, spezza di colpo affetti profondi, annulla d'improvviso attese, promesse, speranze di vita; apre la via ad una sofferenza senza fine.

A tal proposito si sente l'esigenza di coinvolgere persone che sono state colpite direttamente da eventi luttuosi, in quanto nessuno meglio dei familiari di chi ha perso la vita sulla strada può testimoniare quanto siano gravi e irrimediabili il lutto e la perdita,

per la famiglia e per quella famiglia allargata che è la società.

“L'Associazione familiari e vittime della strada” aderisce alla Federazione Europea Vittime della strada, fa parte della Consulta nazionale per il piano della sicurezza stradale, ammessa come parte civile quale portatrice dell'interesse collettivo delle vittime, ed è riconosciuta come collaborante per l'insegnamento scolastico dell'educazione stradale.

### **Studi valutativi**

- Mediante la somministrazione ed elaborazione di questionari

Fase della diffusione dei risultati

- Distretto Sanitario – Istituti Scolastici – Istituzioni - Associazioni

\* Fanno parte integrante del suddetto progetto i seguenti modelli

a) ricognizione finalizzata alle attività di Educazione alla Salute

“Educazione Stradale” (fogli n°1)

b) questionario di ingresso per studenti (fogli n°2)

c) questionario finale per studenti (fogli n°2)

d) questionario finale per docenti ed operatori coinvolti nel progetto (fogli n°2)

## **Bibliografia**

- Tutti in sella manuale di educazione stradale – edizione Simone
- La dimensione psicologica del rischio e i progetti di guida sicura Rete di sicurezza - Web
- Manuale di primo soccorso - Edizione Piemme
- Igiene e Sanità Pubblica – rivista scientifica - Web
- Il Nuovo codice della strada
- Unirsi per fermare la strage stradale e dare giustizia ai superstiti “Associazione italiana vittime della strada – onlus”
- In moto con saggezza - Ministero dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca
- Relazione sullo stato sanitario dell’Azienda Sanitaria n°7 – secondo rapporto 2002
- Piano Regionale per la Salute – Regione Calabria 2004/06
- Piano Sanitario Nazionale 2003/05
- Indagine Istat – vari anni
- Indagine Eurispes
- I giovani e l’ambiente stradale – Censis - Web

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi a:

- Direzione Distretto Sanitario n°2 A.S. n°7 Via A. Doria, Catanzaro Lido telefono/fax 0961.34797
- Enrico Ambrosio assistente sanitario esperto cellulare aziendale 320.7984338

**Ricognizione finalizzata alle attività di Educazione alla Salute**  
***Educazione Stradale***

**Segnalazione del numero degli studenti iscritti nelle seconde classi**

Denominazione Istituto Scolastico (sede centrale).....

Dirigente Scolastico ..... tel.....

Dirigente Amministrativo..... tel.....

Segreteria tel. .... fax .....

Referente all'Educazione alla Salute .....

Plesso Distaccato ..... tel. ....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

Classe .... sezione .... maschi n° ..... femmine n°..... totale alunni.....

# “Scootermania - Se...casco, mi rialzo”

Questionario per un sondaggio tra i giovani relativo all'educazione stradale  
(questionario d'ingresso)

## Avvertenze per lo studente intervistato

Innanzitutto ringraziamo il giovane intervistato per la sua preziosa collaborazione alla compilazione del questionario.

**Vogliamo assicurare che le domande alle quali chiediamo di rispondere sono assolutamente confidenziali e non vi è alcuna possibilità di venire a sapere chi è stato a compilarle.**

Le domande che poniamo sono di due tipi:

domande che esigono la scelta di una sola delle risposte predisposte da barrare con una X;

domande cui si può dare una o più risposte da barrare con una o più X.

In caso di errore nella scelta della risposta data, annullare la risposta errata facendo un cerchio attorno alla casella già erroneamente barrata con la X.

a) Scuola frequentata \_\_\_\_\_

b) classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

c) Comune di residenza \_\_\_\_\_

d) Et  (anni compiuti dell'intervistato/a) \_\_\_\_\_

e) Sesso dell'intervistato/a:                      f)  M                      g)  F

1) Hai partecipato a iniziative o incontri sulla sicurezza stradale?

Si                       No

Se s , quali?

a)  Corsi per il conseguimento del “patentino” tenuti a Scuola

b)  Corsi per il conseguimento del “patentino” tenuti presso la Scuola Guida

c)  Lezioni, conferenze, dibattiti di educazione stradale

d)  Altro

2) Quali dei seguenti fattori, ha maggiore importanza nel verificarsi degli incidenti stradali?

(segna 1,2,3,4 a seconda dell'ordine di importanza)

a)  Condizioni del mezzo (\_\_\_\_)

b)  Comportamento degli altri utenti della strada (\_\_\_\_)

c)  Condizioni atmosferiche (nebbia, pioggia, ...) (\_\_\_\_)

d)  Comportamento del conducente (\_\_\_\_)

3) Nel verificarsi degli incidenti stradali quale dei seguenti fattori riconducibili al comportamento umano ha la maggiore importanza?

- a)  Stanchezza (sonno, stress, ...)
- b)  Fretta
- c)  Distrazione (telefono, radio, ...)
- d)  Assunzione di sostanze che possono pregiudicare la sicurezza stradale (alcol, farmaci, droghe,...)

4) A tuo parere, perché alcune persone non usano il casco?

- a)  Lo trovano ingombrante
- b)  Si sentono sicuri della propria guida
- c)  Lo ritengono un oggetto inutile
- d)  Per farsi notare

5) Quali caratteristiche dovrebbe avere un intervento di prevenzione degli incidenti stradali per risultare efficace?

- a)  Usare messaggi emotivamente molto toccanti
- b)  Trattare gli argomenti prevalentemente sul piano informativo
- c)  Evidenziare le possibili sanzioni

6) Secondo te, quali interventi o misure dovrebbero essere adottati per ridurre il numero degli incidenti stradali? (segna 1,2,3 a secondo dell'ordine di importanza)

- a)  Maggiore presenza delle forze dell'ordine sulla strada (\_\_\_\_)
- b)  Sanzioni più severe (\_\_\_\_)
- c)  Maggiore educazione stradale (\_\_\_\_)

**Se utilizzi il ciclomotore rispondi alle domande successive**

7) Utilizzi il ciclomotore:            a)  Sì            b)  No

8) Se vai in ciclomotore, usi regolarmente il casco?

- a)  Sempre                            b)  A volte                            c)  Mai

9) Secondo te, il casco:

- a)  Non è per niente utile
- b)  E' poco utile
- c)  E' molto utile

10) Secondo il codice della strada la guida in stato di ebbrezza:

- a)  E' punita con l'arresto
- b)  E' punita con la sospensione della patente
- c)  E' consentita se si guida a velocità moderata

11) Hai mai guidato dopo aver bevuto alcolici (vino, birra ecc.)?

- a)  Si
- b)  No

12) Sei mai stato coinvolto, durante la guida, ad un incidente stradale?

- a) Si
- b) No

13) Se si, hai riportato danni fisici ?

- a)  Si
- b)  No

14) Se SI di che grado:

- a)  Lievi
- b)  Gravi

15) Hai avuto bisogno di cure mediche?

- a)  Si
- b)  No

16) Se si, da parte di chi?

- a)  Medico di famiglia
- b)  Pronto soccorso
- c)  Altri (specificare) \_\_\_\_\_

**Ti ringraziamo per la cortese attenzione e per aver deciso di compilare il presente questionario.**

**I dati raccolti saranno utilizzati unicamente per fini di ricerca scientifica.**

## “Scootermania - Se...casco, mi rialzo”

Questionario per un sondaggio tra i giovani relativo all'educazione stradale  
(questionario finale)

### Avvertenze per lo studente intervistato

Innanzitutto ringraziamo il giovane intervistato per la sua preziosa collaborazione alla compilazione del questionario.

**Vogliamo assicurare che le domande alle quali chiediamo di rispondere sono assolutamente confidenziali e non vi è alcuna possibilità di venire a sapere chi è stato a compilarle.**

Le domande che poniamo sono di due tipi:

domande che esigono la scelta di una soltanto delle risposte predisposte da barrare con una X;

domande cui si può dare una o più risposte da barrare con una o più X.

In caso di errore nella scelta della risposta data, annullare la risposta errata facendo un cerchio attorno alla casella già erroneamente barrata con la X.

a) Scuola frequentata \_\_\_\_\_

b) classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

c) Comune di residenza \_\_\_\_\_ d) Età (anni compiuti dell'intervistato/a) \_\_\_\_\_

e) Sesso dell'intervistato/a :            f)  M            g)  F

1) Hai partecipato a iniziative o incontri sulla sicurezza stradale?

Si             No

Se sì, quali?

a)  Corsi per il conseguimento del “patentino” tenuti a Scuola

b)  Corsi per il conseguimento del “patentino” tenuti presso la Scuola Guida

c)  Lezioni, conferenze, dibattiti di educazione stradale

d)  Altro

2) Quali dei seguenti fattori, ha maggiore importanza nel verificarsi degli incidenti stradali?

(segna 1,2,3,4 a seconda dell'ordine di importanza)

a)  Condizioni del mezzo (\_\_\_\_)

b)  Comportamento degli altri utenti della strada (\_\_\_\_)

c)  Condizioni atmosferiche (nebbia, pioggia, ...) (\_\_\_\_)

d)  Comportamento del conducente (\_\_\_\_)



3) Nel verificarsi degli incidenti stradali quale dei seguenti fattori riconducibili al comportamento umano ha la maggiore importanza?

- a)  Stanchezza (sonno, stress, ...)
- b)  Fretta
- c)  Distrazione (telefono, radio, ...)
- d)  Assunzione di sostanze che possono pregiudicare la sicurezza stradale (alcol, farmaci, droghe,...)

4) A tuo parere, perché alcune persone non usano il casco?

- a)  Lo trovano ingombrante
- b)  Si sentono sicuri della propria guida
- c)  Lo ritengono un oggetto inutile
- d)  Per farsi notare

5) Quali caratteristiche dovrebbe avere un intervento di prevenzione degli incidenti stradali per risultare efficace?

- a)  Usare messaggi emotivamente molto toccanti
- b)  Trattare gli argomenti prevalentemente sul piano informativo
- c)  Evidenziare le possibili sanzioni

6) Secondo te, quali interventi o misure dovrebbero essere adottati per ridurre il numero degli incidenti stradali? (segnal,2,3 a secondo dell'ordine di importanza)

- a)  Maggiore presenza delle forze dell'ordine sulla strada (\_\_\_\_)
- b)  Sanzioni più severe (\_\_\_\_)
- c)  Maggiore educazione stradale (\_\_\_\_)

### **Se utilizzi il ciclomotore rispondi alle domande successive**

7) Utilizzi il ciclomotore:

- a)  Sì
- b)  No

8) Se vai in ciclomotore, usi regolarmente il casco?

- a)  Sempre
- b)  A volte
- c)  Mai

9) Secondo te, il casco:

- a)  Non è per niente utile
- b)  E' poco utile
- c)  E' molto utile

10) Secondo il codice della strada la guida in stato di ebbrezza:

- a)  E' punita con l'arresto
- b)  E' punita con la sospensione della patente
- c)  E' consentita se si guida a velocità moderata

11) Hai mai guidato dopo aver bevuto alcolici (vino, birra ecc.)?

- a)  Si
- b)  No

12) Sei mai stato coinvolto, durante la guida, ad un incidente stradale?

- a) Si
- b) No

13) Se si, hai riportato danni fisici ?

- a)  Si
- b)  No

14) Se SI di che grado:

- a)  Lievi
- b)  Gravi

15) Hai avuto bisogno di cure mediche?

- a)  Si
- b)  No

16) Se si, da parte di chi?

- a)  Medico di famiglia
- b)  Pronto soccorso
- c)  Altri (specificare) \_\_\_\_\_

17) Come ti sono sembrate le attività che sono state svolte in classe sul tema dell'educazione stradale (una sola risposta):

- a)  molto interessanti
- b)  abbastanza interessanti
- c)  poco interessanti
- d)  decisamente noiose

**Ti ringraziamo per la cortese attenzione e per aver deciso di compilare il presente questionario.**

**I dati che verranno raccolti saranno utilizzati unicamente per fini di ricerca scientifica.**

**“Scootermania - Se... casco, mi rialzo”**  
**Il Distretto Sanitario nelle attività di Educazione Stradale**

**Questionario di fine progetto**

**Per docenti ed operatori che hanno partecipato ai vari interventi previsti dal progetto**

Con il presente questionario Le chiediamo di aiutarci a capire:

- quali sono stati i punti forti e i punti deboli dell’iniziativa;
- Se e in che misura essa ha risposto alle Sue esigenze;
- Quali modifiche o miglioramenti, eventualmente, si sente di suggerire?

Le sue osservazioni costituiscono un feed-back a caldo sulla attività progettuale proposta e saranno utilizzate come stimoli per la progettazione di altri interventi formativi.

La ringraziamo per la collaborazione

Dati anagrafici

Nominativo \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

Servizio/Scuola/Istituzione di appartenenza \_\_\_\_\_

A) Ha visionato, preliminarmente, il Progetto      si [ ]      no [ ]

B) I contenuti delle attività proposte hanno corrisposto alle Sue aspettative      si [ ]      no [ ]

Se no, perché

---

---

---

C) Che ruolo ha avuto in questo progetto:

1° anno \_\_\_\_\_

2° anno \_\_\_\_\_

D) Come giudica la quantità della documentazione didattica?

insufficiente         adeguata

E) Come giudica la qualità della documentazione didattica?

insufficiente         adeguata

F) A quale livello di chiarezza/efficacia i relatori hanno trattato gli argomenti del corso?

scarso         ottimo (solo per le insegnanti)

G) Qual è la Sua opinione sull'efficacia delle tecniche e dei metodi didattici impiegati nel corso dei due anni di attività?

	<b>Poco utili</b>	<b>utili</b>	<b>Molto utili</b>
Esposizioni			
Esercitazioni			
Discussioni di gruppo			
Supporti visivi			
Incontri Docenti			
Incontri genitori			
questionari			
Materiale divulgativo			
Manifestazioni			

H) Quali consigli si sentirebbe di suggerire per garantire una buona riuscita dei prossimi progetti:

---

---

---

**INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SUGLI INCIDENTI SCOLASTICI**  
**NELLE SCUOLE DELL'AS 7 DI CATANZARO**  
*Unità Operativa Pediatria di comunità*  
*Via Crispi, 98 tel/fax 0961-702098 / 728288 Catanzaro*  
*Responsabile Dr.ssa Rosa Anfosso*

L'indagine è stata condotta al fine di rivelare il numero e la tipologia degli incidenti avvenuti nelle Scuole, in un biennio, la presenza in esse di attrezzature sanitarie, l'effettuazione di interventi di pronto soccorso e di educazione sanitaria relativamente agli incidenti scolastici.

Per l'indagine sono stati previsti

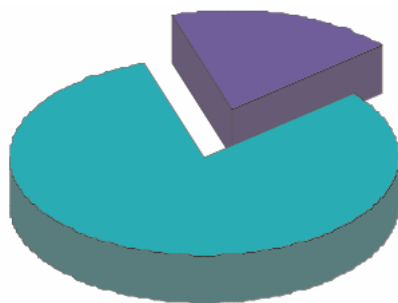
- una scheda di identificazione della Scuola contenente alcuni items, relativi alla presenza di attrezzature mediche ed ai corsi di educazione sanitaria e di pronto soccorso effettuati nella Scuola ai docenti, agli alunni ed ai genitori
- un questionario con items relativi al sesso dell'infortunato, al luogo dell'incidente, al tipo di lesione diagnosticata.

I questionari sono stati somministrati dagli operatori dei tre Distretti Sanitari di Base afferenti al Dipartimento Materno Infantile, ai collaboratori scolastici, individuati dal Dirigente Scolastico di ciascuna Scuola. Si è, quindi, proceduto all'analisi dei risultati valutando il secco valore numerico e quello percentuale. Il dato è stato quantificato per item per Scuola e successivamente in complessivo per tutte le Scuole.

## **Risultati.**

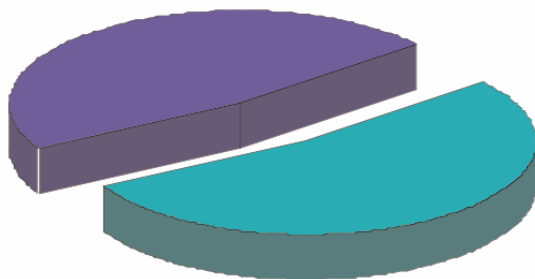
*Scuole:*

n. 58 pari all'85% delle Scuole presenti nell'AS 7 di Catanzaro.



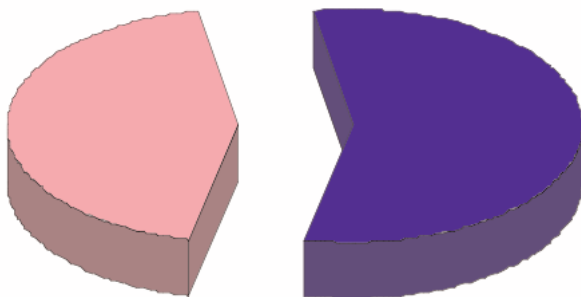
*Alunni:*

n. 24.885 di cui il 47% di sesso femminile ed il 53% di sesso maschile.



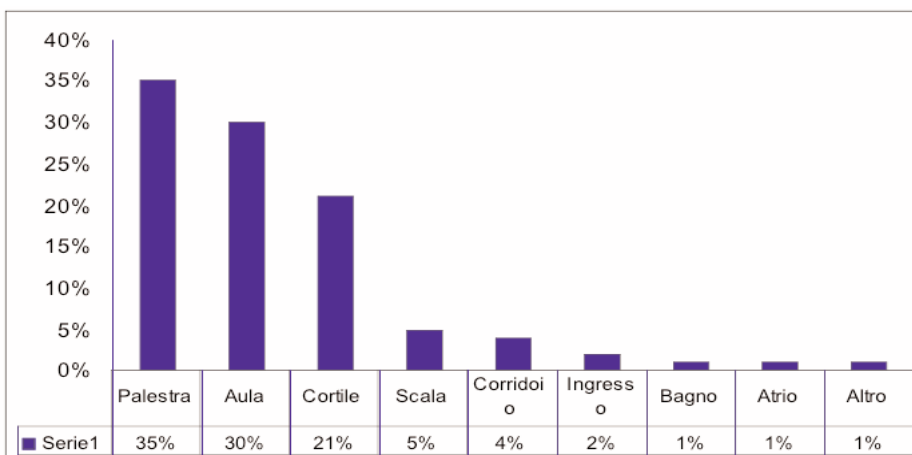
*Alunni infortunati:*

n. 361 pari all'1.45% del totale di cui 44% di sesso femminile e 56% di sesso maschile.



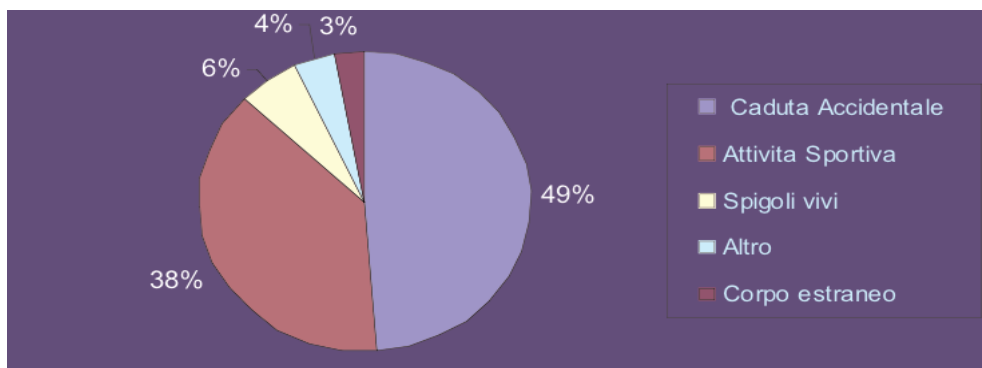
*Luogo dell'incidente:*

Il 35% degli incidenti è avvenuto in palestra; il 30% in aula; il 21% in cortile; il 5% per le scale; il 4% nel corridoio; il 2% nell'ingresso; l'1% in bagno, nell'atrio, nel cortile.



### *Causa dell'incidente:*

il 49% è avvenuto per caduta accidentale; il 38% nel corso di attività sportiva; il 6% per urto contro spigoli vivi; il 3% per ingestione di corpo estraneo; il 4% per motivi non ben identificati.



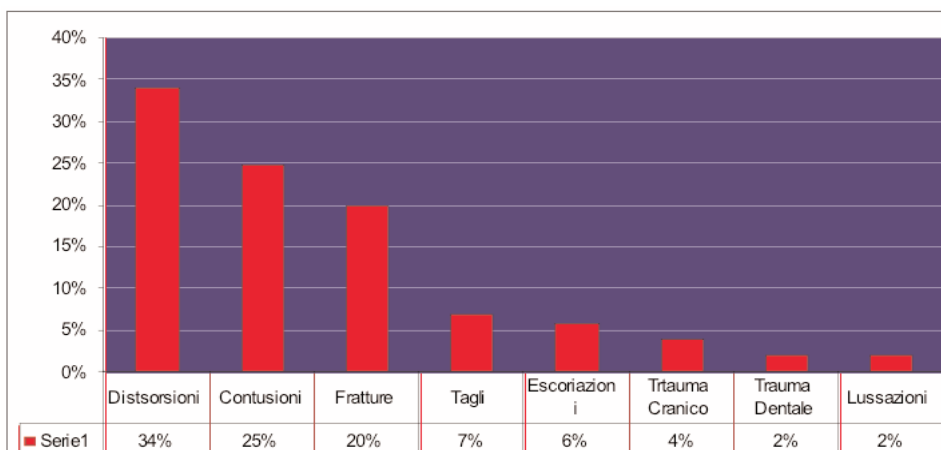
### *Effetti dell'incidente:*

il 34% degli alunni ha riportato distorsioni; il 25% contusioni; il 20% fratture; il 7% tagli; il 6% escoriazioni; il 4% trauma cranico; il 2% trauma dentale; il 2% lussazioni.

Per quanto concerne la presenza di ambulatorio medico solo 15 Scuole su 58 ne sono sprovviste.

I corsi di Educazione Sanitaria sono stati effettuati in 16 Scuole ad insegnanti ed alunni.

I corsi di Pronto Soccorso sono stati effettuati in 22 Scuole ad insegnanti e collaboratori scolastici.





L'indagine è stata propedeutica alla realizzazione del progetto di prevenzione degli incidenti scolastici “ Formazione ed informazione... per una scuola più sicura” che si realizzerà nelle Scuole materne ed elementari dell’A.S. 7 di Catanzaro e sarà rivolto agli operatori, agli scolari ed ai genitori.

### **Obiettivi del progetto:**

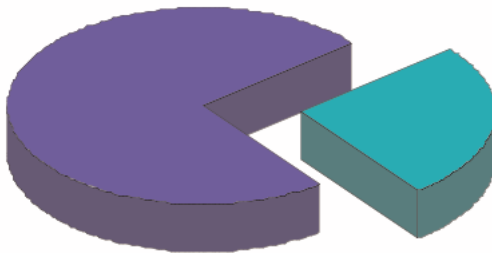
#### *Alunni:*

- Promuovere la conoscenza dei vari ambienti ed oggetti della casa e della scuola
- Favorire l’acquisizione di capacità critiche nei confronti dei comportamenti scorretti, fonte di gravi pericoli.
- Responsabilizzare nei confronti della salute quale bene da salvaguardare

#### *Insegnanti e genitori:*

- Favorire conoscenze teoriche ed abilità pratiche da attuare nel bambino incidentato
- Intervenire secondo corrette norme di pronto soccorso nelle situazioni di emergenza
- Far conoscere i dati epidemiologici degli incidenti
- Attuare tutti gli accorgimenti per prevenire i possibili incidenti
- Saper riconoscere e valutare i pericoli in casa rapportati all’età di sviluppo dei propri figli

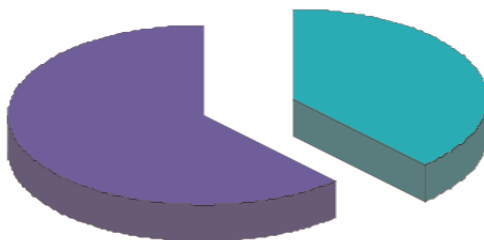
*Presenza di ambulatorio medico*



*Effettuazione corsi di Educazione Sanitaria*



*Effettuazione corsi di Pronto Soccorso*



Il progetto sarà effettuato dall'Unità Operativa Pediatria di Comunità dell'A.S. 7 di Catanzaro, con la collaborazione dell'Azienda Ospedaliera Pugliese- Ciaccio di Catanzaro e della Società Italiana di Medicina d'Urgenza Emergenza Pediatrica.

**CATANZARO E LO SPORT**  
**INDAGINE CONOSCITIVA SULL'UTILIZZO DEL TEMPO LIBERO NELLA**  
**POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE DELLA CITTÀ DI CATANZARO**  
*Unità Operativa Pediatria di comunità*  
*R.Anfosso E.Fiومانò R.Parentela I.Todaro R.Tetro*

**Obiettivi:**

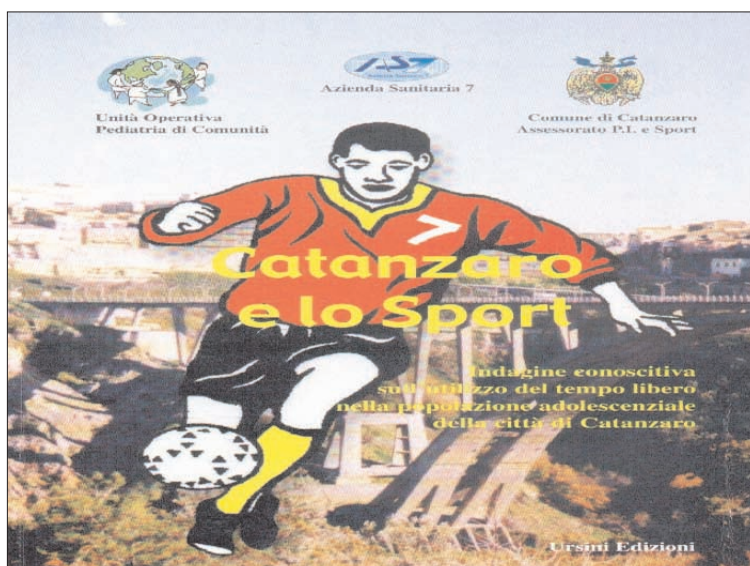
- Conoscere le abitudini relative al tempo libero
- Conoscere le abitudini relative alla pratica dello sport a scuola e nel tempo libero

**Campione:**

- 1107 alunni di Scuola Media II classe età 11/14 anni

**Strumento:**

- Questionario anonimo autosomministrato
- Numerosi items
- Risposte chiuse ed aperte



## **Analisi e dati**

Tutti i dati del questionario sono stati inseriti in un data base ed elaborati con realizzazione di grafici.

L'indagine ha inteso fornire una fotografia delle abitudini adolescenziali dalla quale si sono potuti evincere anche i bisogni della stessa popolazione, la qual cosa è premessa indispensabile per l'avvio di collaborazioni con le istituzioni interessate

## **Conclusioni sport**

Dai dati analizzati emerge che il 79% degli studenti pratica attività sportiva ed ha iniziato prima dei 10 anni di età, con punte più elevate per il calcio e per la pallavolo al di fuori della scuola, mentre lo sport di gran lunga praticato a scuola è, ancora, la pallavolo. Il 65,3% degli intervistati asserisce di praticare attività sportiva di tipo agonistico.

Gli sport preferiti si identificano con quelli praticati, pertanto, alla domanda se la scuola soddisfa le esigenze di sport, il 60% risponde positivamente.

## **Tempo libero**

La quasi totalità degli alunni (92%) frequenta con gli amici i luoghi di aggregazione giovanile: tra i quali il più frequentato è la pizzeria.

L'84% dichiara di andare a cinema e di preferire i film comici.

Relativamente alle attività praticate individualmente il 90% degli studenti segue programmi televisivi quali: film, programmi musicali e sportivi, cartoni animati e di essi il 15,5% trascorre 1 ora al giorno guardando la TV, il 37,5% trascorre 2 ore al giorno, a fronte del 29% che, invece, trascorre ben tre ore, il 18,5% dichiara di guardare la TV per 4 ore al giorno.

Analogamente il computer ed i videogame sono utilizzati dalla quasi totalità degli studenti (90%) tra i quali il 52% dedica a queste attività 1 ora al giorno, il 29% 2 ore ed il 16% 3 ore.

Le domande riferite all'ascolto di musica ed alla lettura hanno suscitato risposte affermative nel 94% nel primo caso e nel 72% nel secondo caso. I generi musicali preferiti sono: discomusic e rock pop, mentre tra le letture preferite vengono indicate i libri, i fumetti e le riviste.

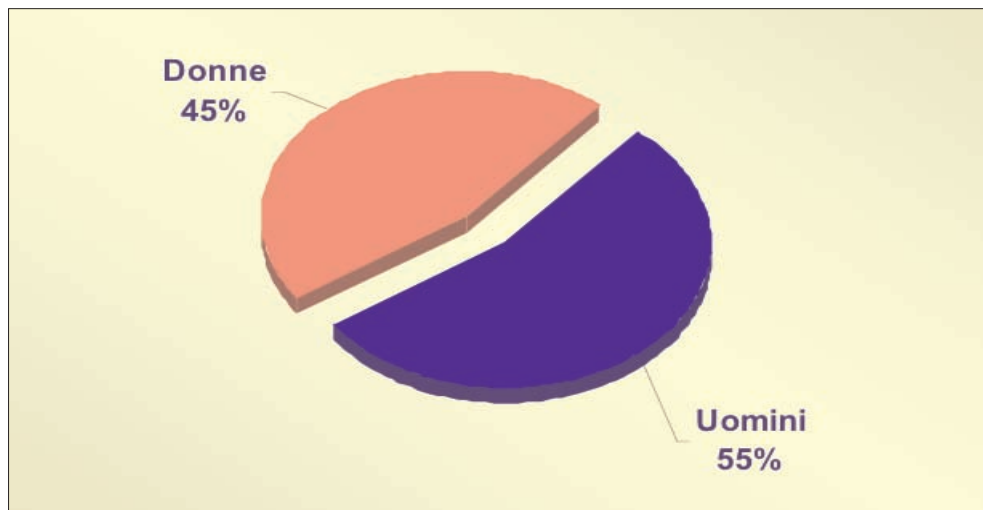
## **Catanzaro e lo sport**

All'indagine è seguita la realizzazione di una giornata dedicata alla formazione degli insegnanti sull'attività sportiva che ha previsto relazioni frontali a cura di esperti, seguite da dibattito, nella mattinata ed esercizi teorico-pratici sull'insegnamento delle varie discipline ( pallavolo, calcio, pallacanestro ecc.) presso la palestra CONI, curate da istruttori di educazione fisica, nel pomeriggio.

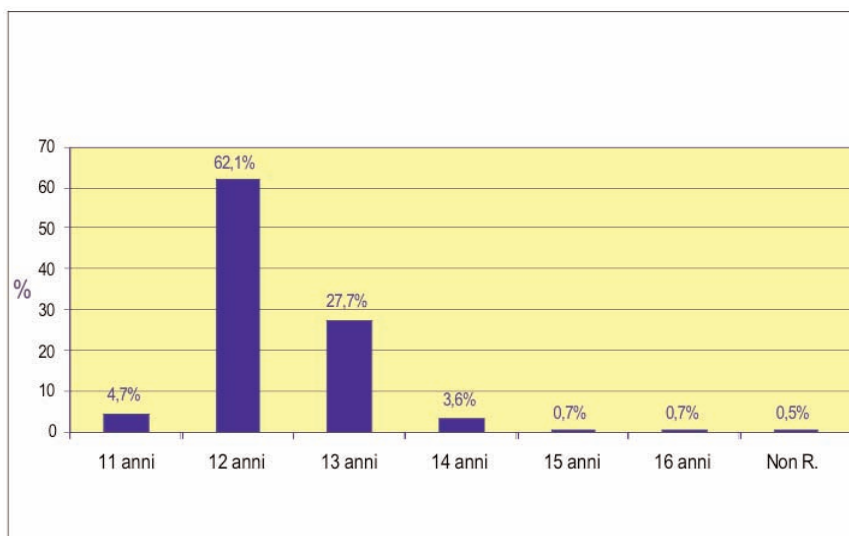
### *Scuole target:*

- G. patari
- G. Pascoli
- S.M. Siano
- V. Vivaldi
- G. Mazzini
- F. Todaro
- M. Preti
- A. Manzoni
- C.N. Galluppi
- V.G. Galati
- B. Chimirri
- Don L. Milani
- A. Anile
- G. Casalnuovo

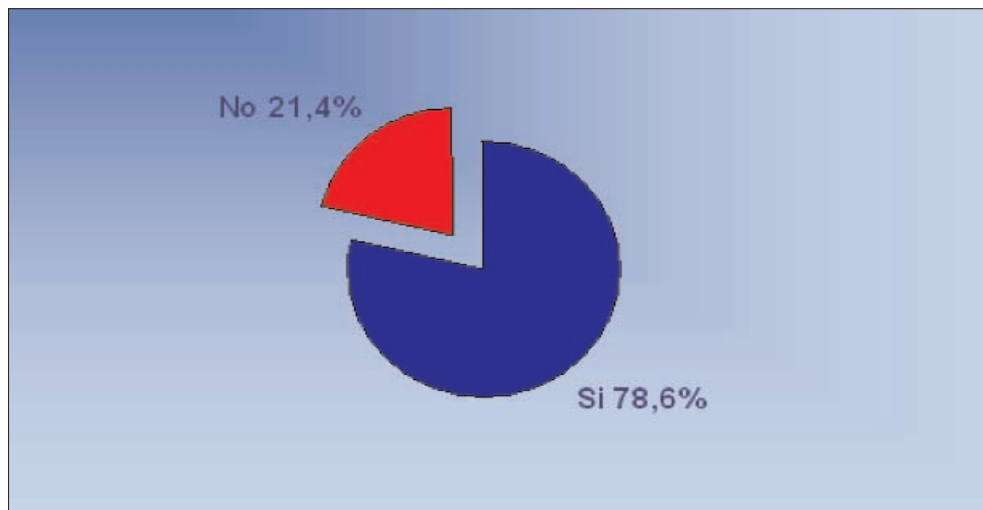
*Catanzaro e lo sport:*  
1107 studenti intervistati



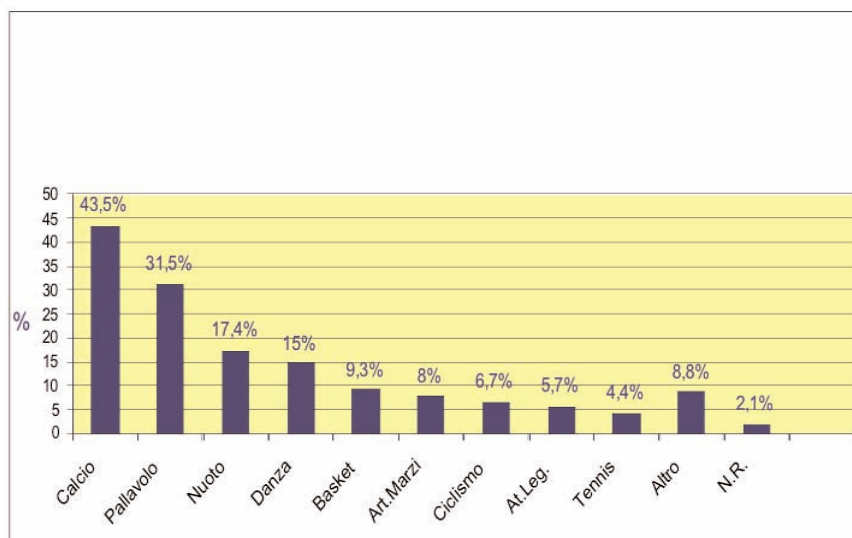
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Età studenti intervistati



*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Pratici sport?

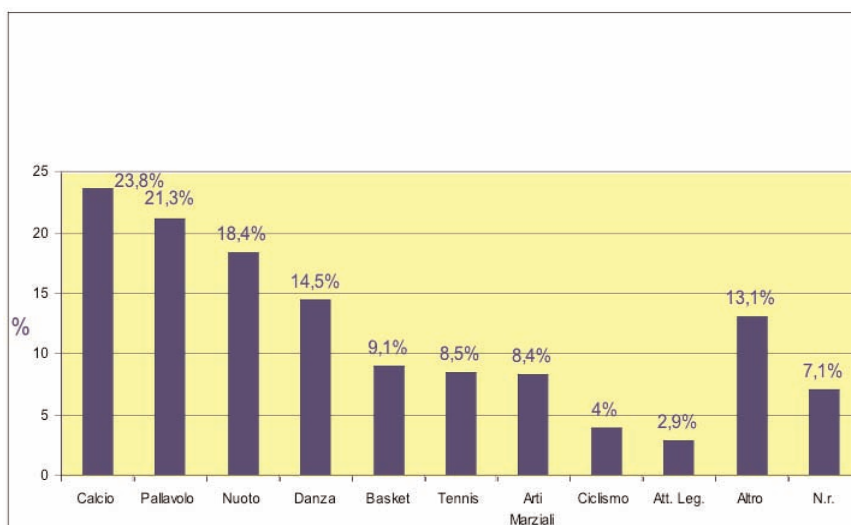


*Catanzaro e lo sport: (867 studenti intervistati)*  
Se hai risposto si quale sport pratici?



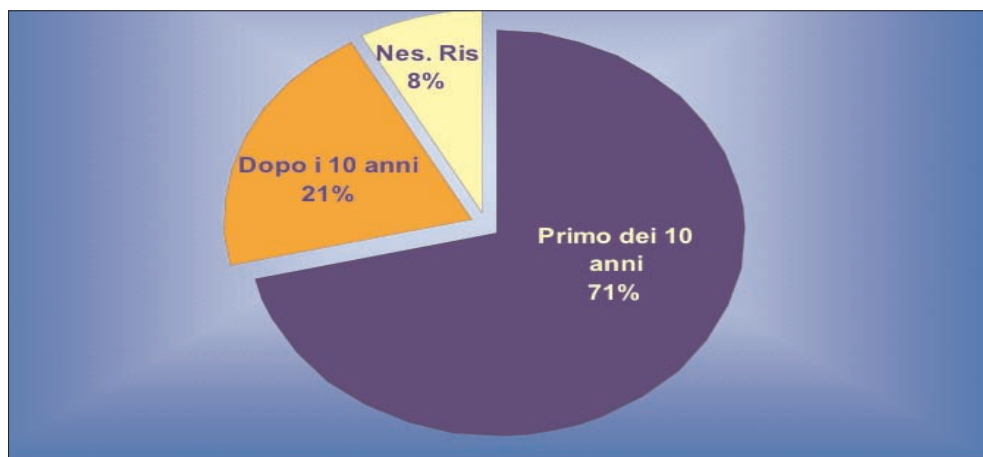
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*

Quale attività sportiva ti piacerebbe praticare?



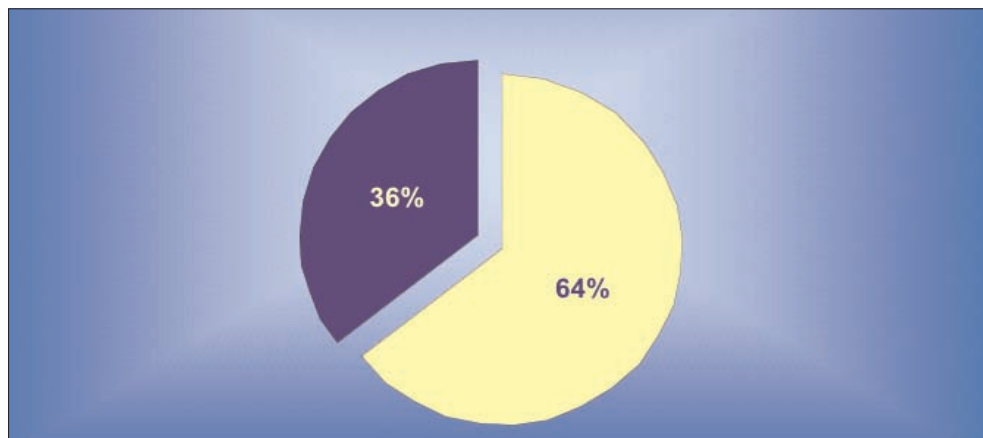
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*

A quale età hai praticato primo sport?

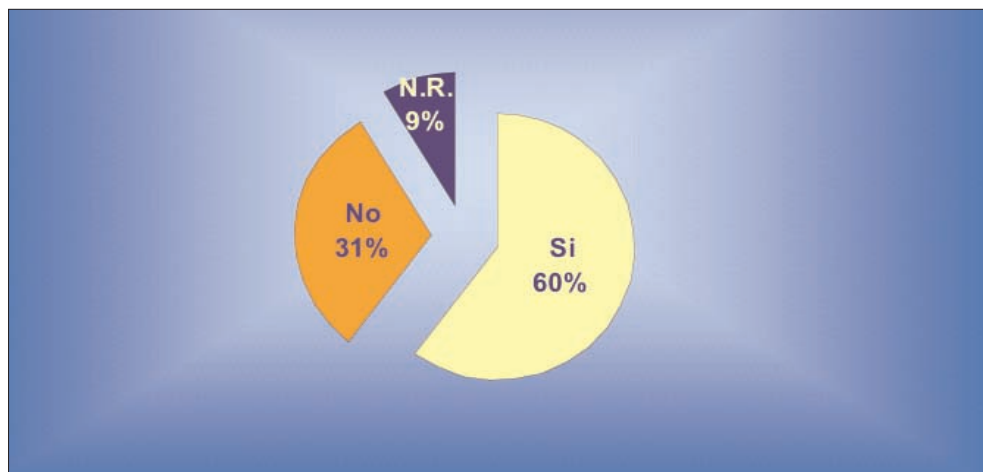




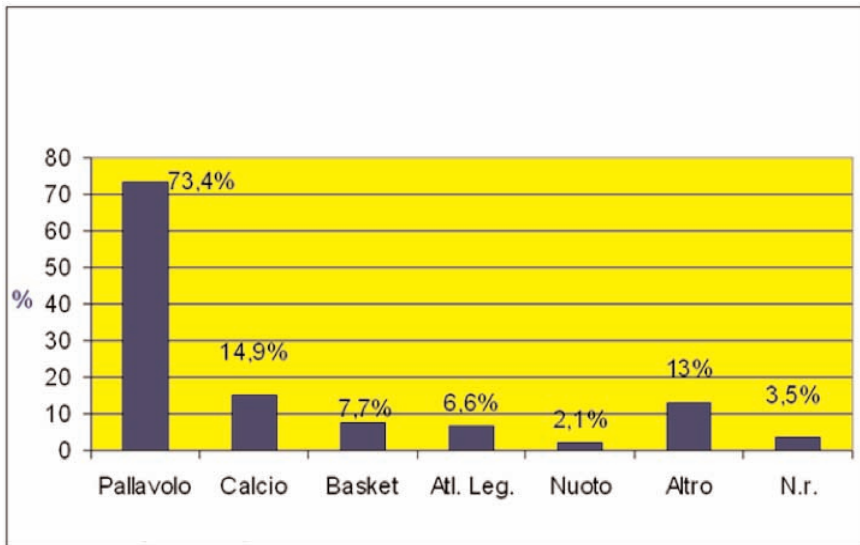
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Lo sport che pratici è agonistico?



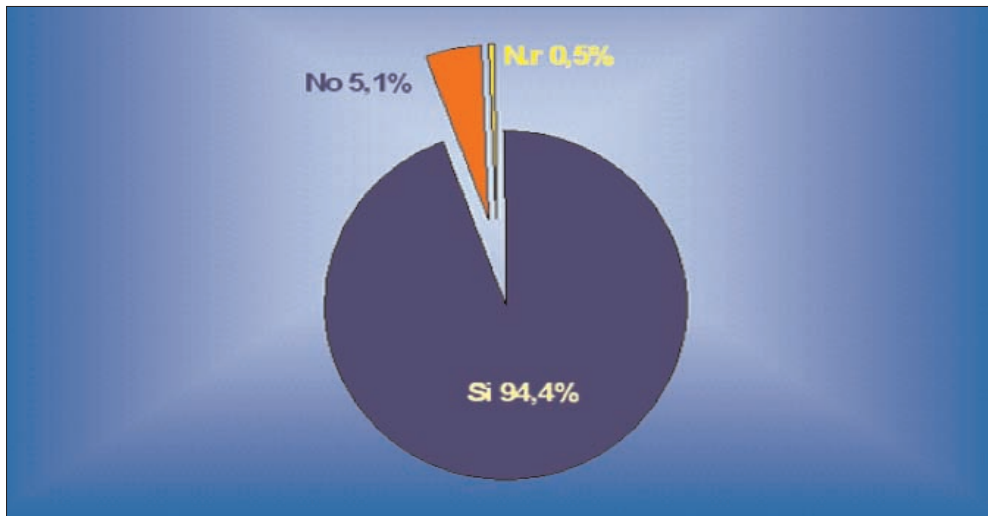
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
La tua scuola soddisfa le tue esigenze di sport?



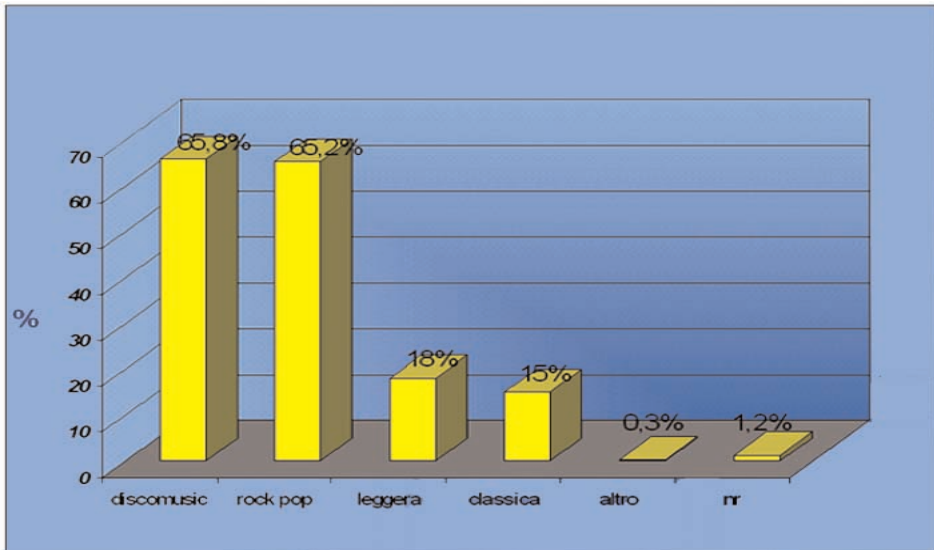
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Che tipo di sport praticati a scuola?



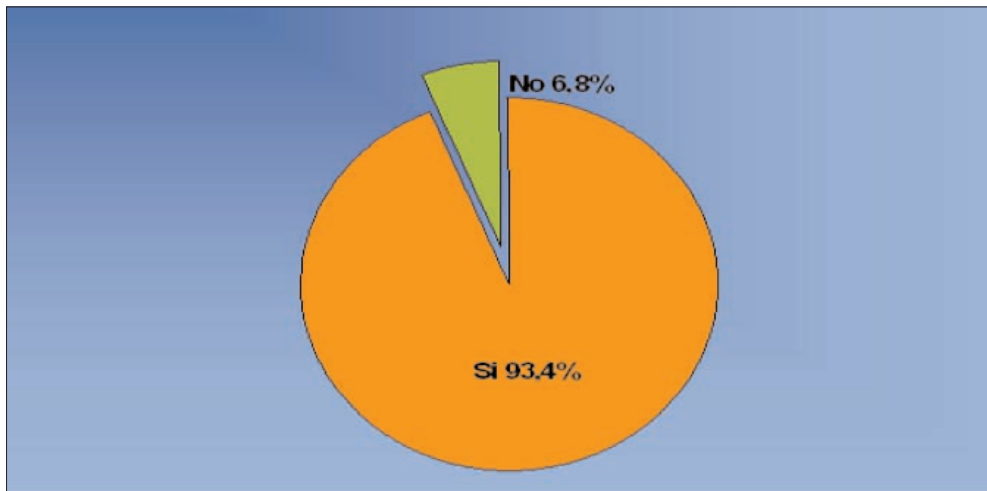
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Ascolti musica?



*Catanzaro e lo sport: (1045 studenti intervistati)*  
che tipo di musica ascolti?

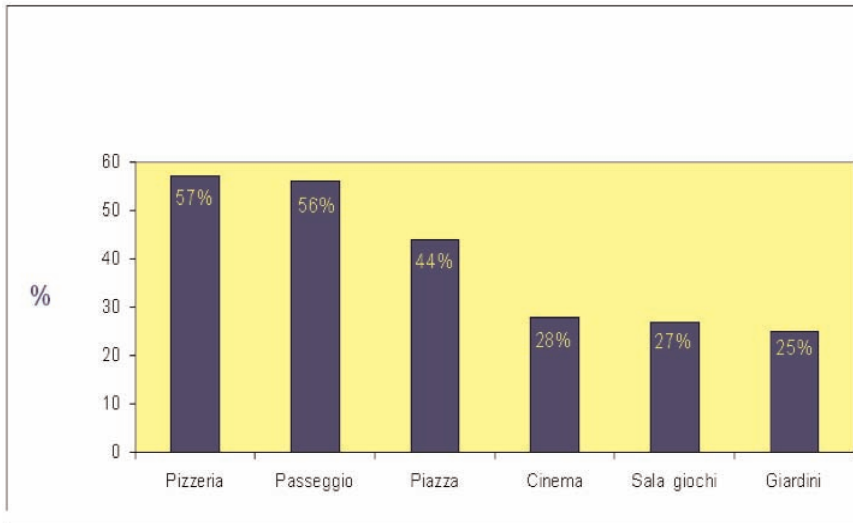


*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Esci con gli amici?



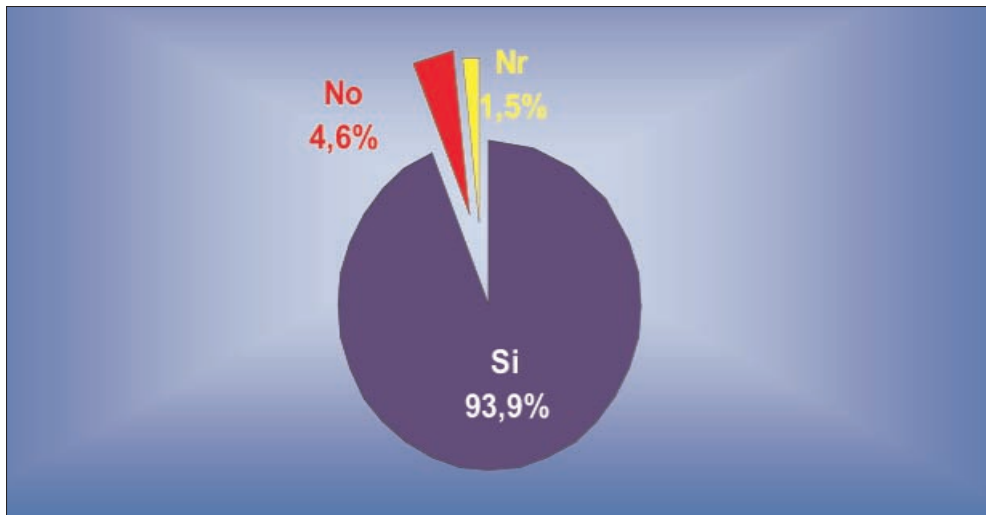
*Catanzaro e lo sport: (1018 studenti intervistati)*

Dove vai con gli amici?



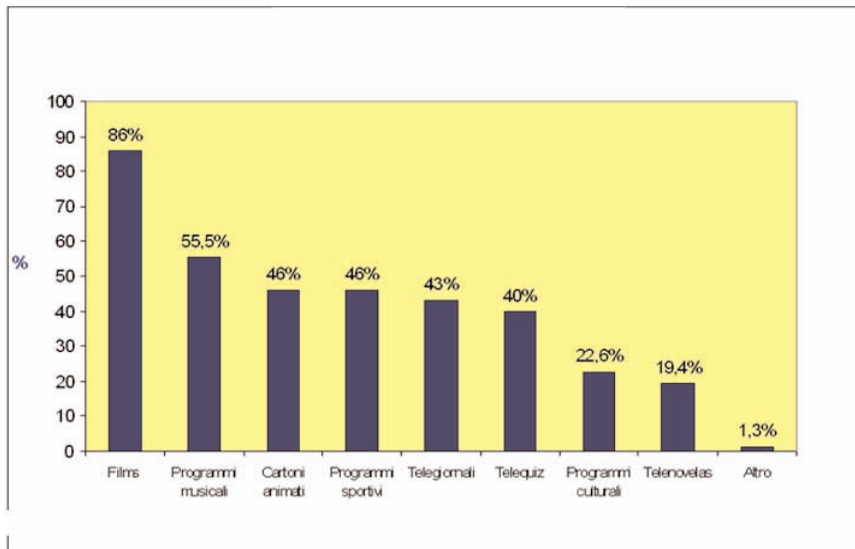
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*

Guardi la tv?



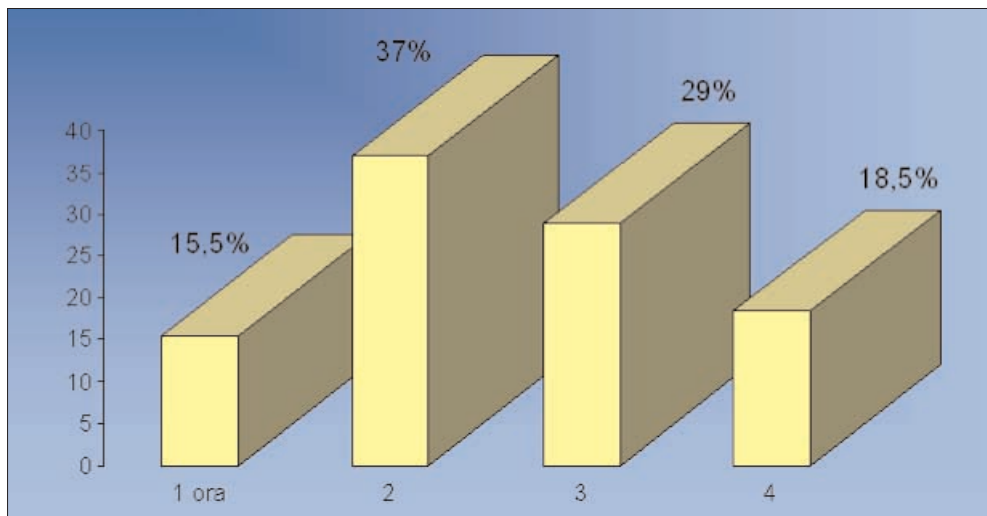
*Catanzaro e lo sport: (1039 studenti intervistati)*

Cosa guardi in tv?

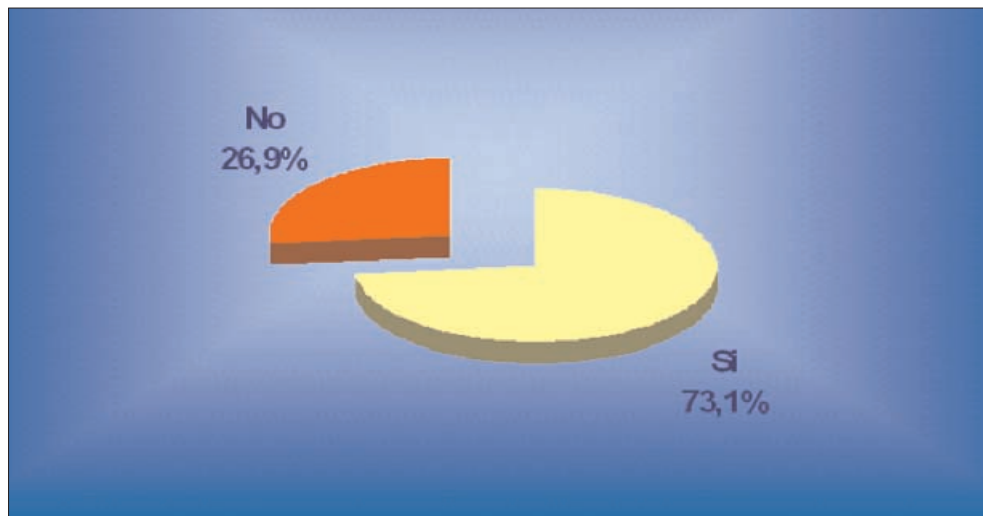


*Catanzaro e lo sport: (1039 studenti intervistati)*

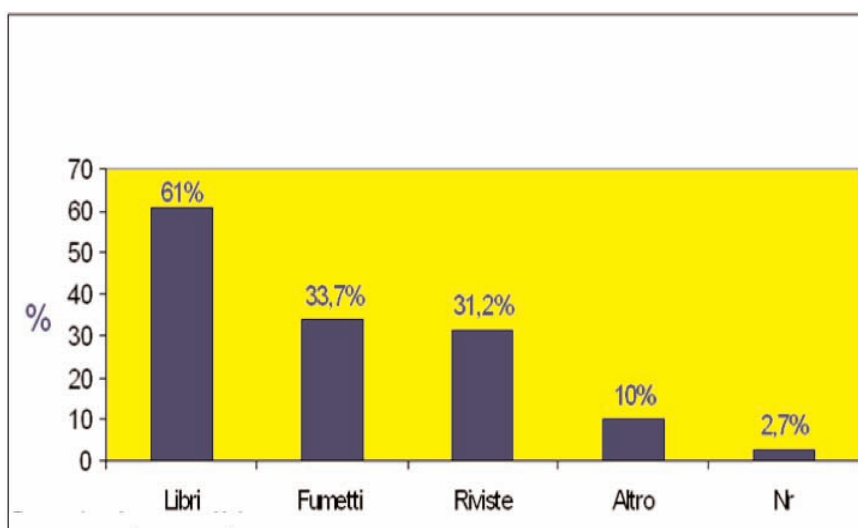
Quante ore guardi la tv?



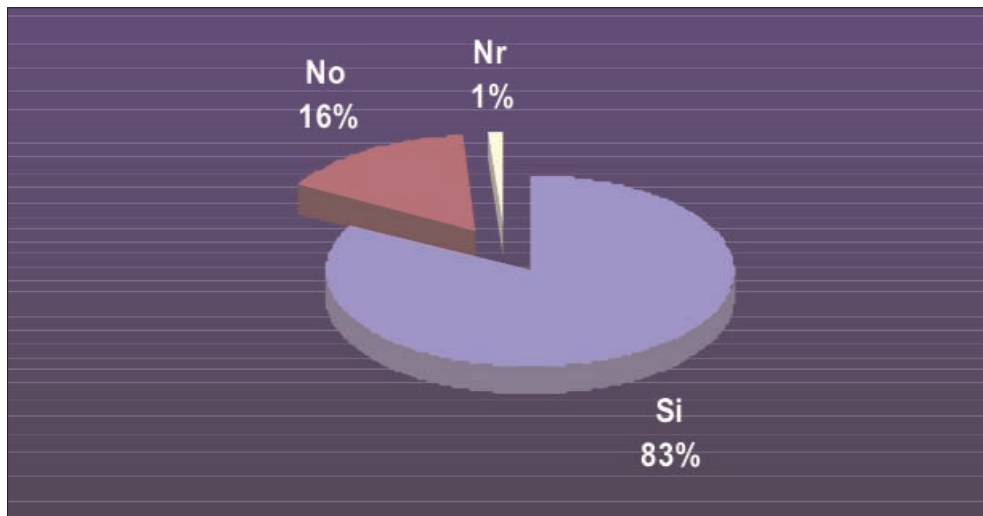
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Leggi durante il tempo libero?



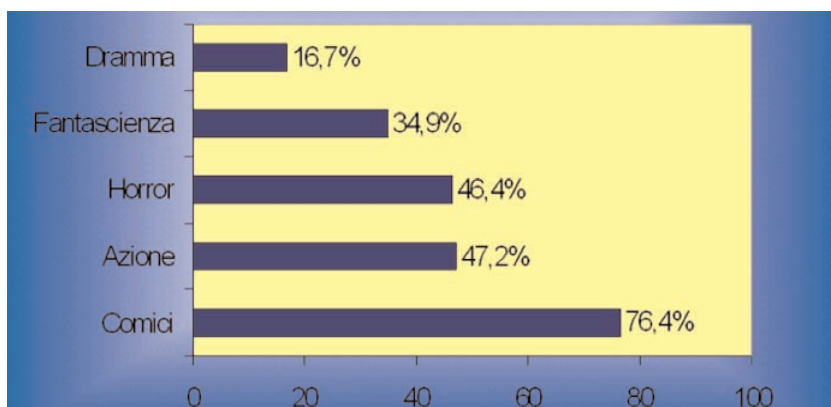
*Catanzaro e lo sport: (809 studenti intervistati)*  
Cosa leggi?



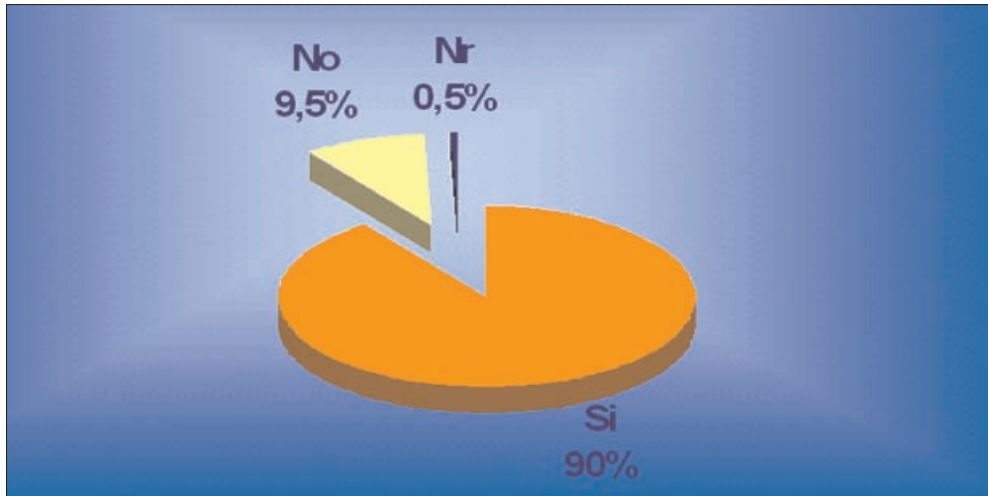
*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Vai al cinema?



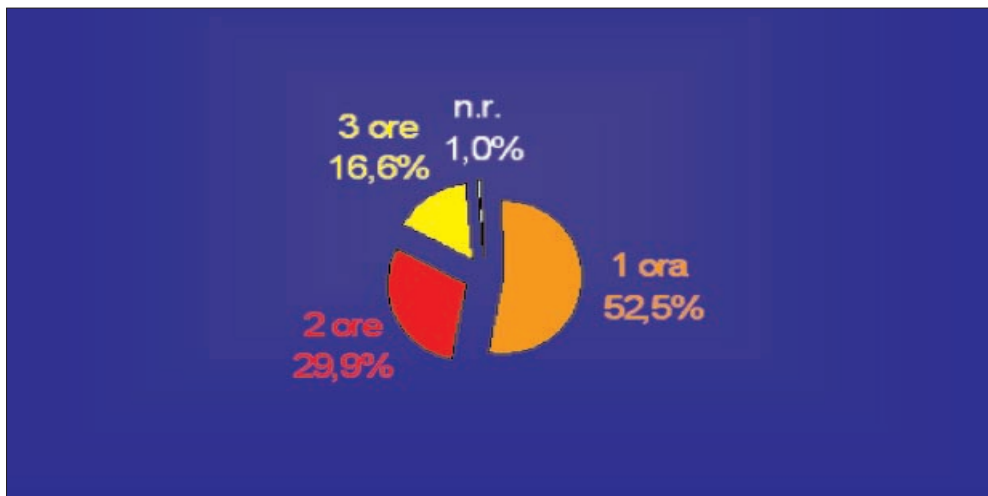
*Catanzaro e lo sport: (918 studenti intervistati)*  
Quali film vedi?



*Catanzaro e lo sport: (1107 studenti intervistati)*  
Usa computer videogames?



*Catanzaro e lo sport: (996 studenti intervistati)*  
Quante ore usi computer o videogames?





## L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA NELLA A.S.N.7

*G.Pipicelli, L.Mustara, G.Angotzi,  
T.Colosimo, R.Guarnieri, A.Parottino, I.Pinto  
U.O Complessa di Diabetologia  
e Dietologia Territoriale A.S.n.7 Catanzaro  
Direttore Dott. Giuseppe Pipicelli*

### **Introduzione**

L'incremento della vita media e il miglioramento generale delle condizioni di vita nonché la sedentarietà e una alimentazione più improntata a stili di vita anglosassoni che mediterranea ha determinato un costante incremento di casi di diabete mellito tipo 2 (dell'adulto) spesso associato ad obesità con diffusione incrementale di tale patologia nella terza e quarta età.

Per tale motivo già nel 1996 la Direzione della A.S.N.7 sentì il bisogno di capillarizzare l'assistenza diabetologica sul territorio con il duplice scopo di aumentare le persone controllabili e di favorirne i controlli riducendo le distanze tra l'utente ed il Servizio di Diabetologia.

Nasceva così il Servizio di Diabetologia Territoriale cui nel 2001 veniva accorpata la Dietologia venendosi così a costituire l'U.O. Complessa di Diabetologia e Dietologia Territoriale che, attualmente è, per estensione, la più grande d'Italia a direzione unica ed abbraccia tutto il territorio della A.S.n.7 con 14 ambulatori ed un'attività domiciliare che ha lo scopo di ridurre i ricoveri incongrui e non allontanare i pazienti dal loro habitat naturale.

Tale modalità d'assistenza che ha avuto il privilegio, per la sua originalità e peculiarità, di essere pubblicata nel 2001 sulla prestigiosa rivista "*IL GIORNALE ITALIANO DI DIABETOLOGIA E METABOLISMO*" è stata anche valutata da altre aziende sanitarie italiane che la hanno approvata e adattata alle loro esigenze (Az.Osp. di Asti per es.).

La capillarizzazione dell'assistenza aveva anche lo scopo di ridurre e/o prevenire le complicanze croniche della malattia diabetica che riducono l'aspettativa di vita media del paziente diabetico e inducono un impegno significativo di risorse.

## **Materiali e Metodi**

L'Unità Operativa complessa di Diabetologia e Dietologia Territoriale (che nell'atto aziendale è logisticamente inserita nel Distretto n.3 di Soverato ) è presente presso i seguenti P.S.T.:

### *Distretto n.3:*

Badolato ,Soverato ,Squillace ,Girifalco

Inoltre, periodicamente, svolge ambulatorio presso le guardie mediche di Guardavalle , Palermiti e Montepaone.

### *Distretto n.2*

Borgia,Catanzaro Lido,Botricello,,Sersale

Inoltre, periodicamente, svolge ambulatorio presso la guardia medica di Caraffa

### *Distretto n.1*

Taverna,Tiriolo

Viene anche assicurata attività domiciliare a pazienti non autonomi, non autosufficienti e in scompenso metabolico al fine di evitare ricoveri incongrui.

## **Organizzazione del lavoro**

Al fine di ottimizzare l'assistenza al paziente diabetico esistono due protocolli di intesa :

- Con le Aziende PUGLIESE CIACCIO ed Azienda Universitaria MATERDOMINI per ottimizzare le risorse ed evitare duplicazioni di interventi garantendo a tutti i diabetici assistenza completa ed uniforme su tutto il territorio della A.S.n.7.
- Con i medici di Medicina Generale per la gestione integrata del paziente diabetico prendendo in carico la gestione complessiva del paziente e gestendo percorsi diagnostico – terapeutici facilitati.

## **Tipologia delle prestazioni erogate**

- Visita diabetologica ambulatoriale
- Glicemia
- Biotesiometria
- Valutazione neuropatia autonomia
- Concessione Presidi Per Diabetici
- Certificazioni
- Attivazione di percorsi diagnostico – terapeutici facilitati
- Assistenza domiciliare

## **Attività di formazione e aggiornamento del personale**

Al fine di migliorare sempre più la professionalità del Personale della U.O. vengono organizzate riunioni periodiche di aggiornamento interne e viene favorito l'aggiornamento mediante la partecipazione a Corsi e Convegni.

## **Dati di attività**

*I dati di attività si riferiscono agli anni 2001 , 2002, 2003*

Le prestazioni effettuate sono state mediamente 22.000 all'anno con circa 1500 visite domiciliari nei confronti di pazienti allettati e in cattivo controllo metabolico evitando, così, nel 78% dei casi, un ricovero incongruo.

Nel 2003 sono state effettuate circa 3000 visite in meno (trattandosi di patologia cronica significa migliore compenso metabolico del paziente e minore necessità di controlli con conseguente miglioramento della qualità di vita del paziente diabetico).

Con tale attività le giornate di degenza per diabete mellito come prima diagnosi si sono ridotte di circa 600- 700 giornate all'anno con un risparmio stimato medio di circa 300.000 ? all'anno.

Con opportuni corsi sull'autocontrollo domiciliare ( praticato da oltre il 70 % dei pazienti) insegnando un corretto autocontrollo abbiamo aumentato la spesa del 5% totale a fronte di un aumento del 54% dei pazienti in autocontrollo.

Il corretto autocontrollo ha permesso di individuare i punti critici della malattia diabetica, prendere le contromisure ed aggiustare la terapia riducendo così le complicanze croniche a lungo termine.

Tra queste complicanze le più temibili sono :

- Cardiopatia ischemica
- Piede diabetico

### **Cardiopatia ischemica**

Dal 2001 al 2003 si è avuta una riduzione dei casi da 125 a 72 (riduzione del 43,4%)

La riduzione si è ottenuta stressando i controlli cardiovascolari specie nei soggetti giovani cui veniva consigliato il test ergometrico (si consideri che da un punto di vista di rischio cardiovascolare il paziente diabetico è equiparato al non diabetico con precedenti di cardiopatia ischemica).

### **Piede diabetico**

dal 2001 al 2003 si è avuta una riduzione dei casi da 226 a 162 (riduzione del 39%)

Tale riduzione si è ottenuta insegnando al paziente l'autoispezione del piede e intervenendo anche in presenza di semplici arrossamenti a livello degli arti in quanto, dalla nostra esperienza, la progressione verso la gangrena è molto più veloce nel paziente diabetico.

Infine nella nostra programmazione teniamo cura particolare al fine di evitare l'emigrazione sanitaria per diabete mellito migliorando il livello dell'assistenza ed interagendo con le strutture di day Hospital e di degenza al fine di ottimizzare le durate dei ricoveri prendendo subito in carico il paziente.

### **Discussione**

Dai dati della relazione sullo stato di salute della A.S.n.7 relativo agli anni 1998 2001 presentati dal Dipartimento di Prevenzione della S.S.n.7 nel 2004 si può evincere quanto segue :

## **Diagnosi di dimissione**

Il Diabete mellito come prima diagnosi non risulta tra le prime 14 più frequenti diagnosi di dimissione (DRG).

Ciò va a significare che l'assistenza capillare e continua ha determinato una significativa riduzione delle ospedalizzazioni per diabete mellito.

Rimane comunque significativamente alta l'ospedalizzazione per malattie cardiovascolari che sono la complicanza più frequente e temibile del diabete ed è proprio su questa complicanza che ci siamo

Indirizzati negli anni 2001 – 2003 con i risultati sopra riportati.

Il tasso di ospedalizzazione per diabete mellito ( da dati Regione Calabria) è pi alto comunque rispetto alle altre regioni anche se nella A.S.n.7 è relativamente più basso.

## **Cause di morte**

Nella nostra A.S. le morti per diabete mellito sono statisticamente inferiori a quelle italiane con particolare riferimento al sesso maschile anche se il trend è discendente per tutti e due i sessi nel periodo pubblicato (anni 1998 – 2001).

## **Conclusioni**

Dai dati pubblicati dalla A.S.n.7 si evince come il disegno di strutturazione territoriale della diabetologica abbia ottenuto risultati confortanti sulla qualità ed aspettativa di vita del paziente diabetico nonché sull'ottimizzazione delle risorse ( riduzione dei ricoveri).

Certamente molti aggiustamenti possono e debbono essere ancora fatti per migliorare il quadro complessivo.

Per tale motivo nel 2000 è stata costituita la Commissione Interaziendale di Diabetologia che ha prodotto un protocollo di intesa tra A.S.n.7 , Azienda Ospedaliera “ PUGLIESE CIACCIO” di Catanzaro e Az.Universitaria MATERDOMINI di Catanzaro sulla gestione del paziente diabetico per evitare duplicazioni ed ottimizzare così le risorse.

Ed in effetti i risultati dell'assistenza diabetologica sono riconducibili anche all'integrazione con le altre realtà diabetologiche insistenti sul territorio della A.S.n.7 ( Az.Osp. PUGLIESE CIACCIO ed UNIVERSITA' di CATANZARO) che , nel rispetto dei ruoli e delle autonomie gestionali, hanno contribuito a migliorare l'assistenza diabetologica nel nostro territorio.

**“RETE SOCIALE PER LA SALUTE MENTALE”**  
**PROGETTO DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE**  
*Dr. V. Carlo Curti; Dott. M. Nisticò; Dr. S. Tagliamonte*  
*Regione Calabria, Azienda Sanitaria n° 7*  
*Dipartimento di Salute Mentale*  
*Centro di Salute Mentale di Catanzaro Lido*  
*Responsabile Dr. Sandro Tagliamonte*  
*Distretto Sanitario n° 2 – Catanzaro Lido*

## **Introduzione**

Il DSM ha inteso avviare un programma sperimentale di collaborazione con le Associazioni di volontariato territoriali, presenti nel Comune di Catanzaro e nei Comuni ricadenti nel territorio del DS2, per la gestione territoriale dei casi psichiatrici più complessi.

Il progetto si è avvalso della collaborazione del DS 2 ed è stato elaborato sulla base delle consolidate esperienze assistenziali dal Dr. M. Nisticò D. Psicologo operante nel CSM di CZ Lido, per conto delle U.O. del Modulo 1.

Il progetto ha l'obiettivo di superare l'emarginazione e lo stigma del paziente psichiatrico attuando sempre più articolate forme di assistenza nel contesto in cui vive al fine di migliorare le forme di integrazione e garantire una complessiva migliore qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari.

*Il direttore del D.S.M.*  
**Dr. V. Carlo Curti**

## Premessa

Il Piano Sanitario Regionale in accordo con il PSN, intende valorizzare il ruolo dei cittadini e delle componenti sociali come titolari di diritti e di responsabilità in merito alla promozione ed alla tutela della salute, nell'ambito della realizzazione di un patto di solidarietà per la salute anche a livello regionale che deve coinvolgere, come indicato dal vigente PSN: cittadini, operatori sanitari, istituzioni, volontariato, produttori non-profit e profit di beni e servizi di carattere sanitario, organi e strumenti della comunicazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Sanità dell'Unione Europea hanno evidenziato un trend in forte crescita per le patologie mentali con previsioni allarmanti sulla probabilità di ammalarsi nel corso della vita e un innalzamento dell'insorgenza di disturbi mentali in ambito adolescenziale. L'OMS ha assegnato un ruolo importante alle organizzazioni dei cittadini per la promozione di stili di vita sani atti alla diffusione di una cultura del benessere. Nel vecchio continente, come ha appurato la Commissione Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, un minore su 5 soffre di problemi dello sviluppo, dell'emotività o del comportamento e uno su 8 presenta una sindrome mentale conclamata. Il 4% dei 12-17enni e il 9% dei 18enni è vittima della depressione. Si stima che il disagio mentale aumenterà complessivamente tra gli europei del 50% entro il 2020. L'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" ha accertato che 11,49 femmine e 7,51 maschi su mille, tra i 14 e i 17 anni, assumono psicofarmaci mentre tra i 6 e i 13 anni sono 1,91 bambine e 2,77 bambini su mille a domare il cervello con pillole ad effetto immediato. Come ha osservato Ernesto Caffo, presidente di Telefono Azzurro, "oggi non esistono psicofarmaci per bambini, si usano quelli degli adulti in dosi ridotte. Salvo casi estremi il ricorso alla terapia farmacologica è un modo di semplificare, quindi di non riconoscere, un problema complesso come quello della salute mentale".

Stime dell'OMS hanno rilevato che circa il 15% della popolazione planetaria è affetta da un disturbo mentale. Renato Piccione e Alessandro Grispi, nella loro introduzione al libro "Prevenzione e Salute Mentale", fanno rilevare che "se trasportiamo, sia pure con la dovuta cautela, tale percentuale sul territorio nazionale, otteniamo che su una popolazione di 100.000 abitanti abbiamo 15.000 persone affette da un disturbo mentale. Tenendo conto che i servizi psichiatrici pubblici italiani hanno in carico



mediamente l'1% della popolazione del territorio di competenza, possiamo ragionevolmente ipotizzare che del 14% restante (che corrisponde a 14.000 persone del nostro esempio) sono pochi i pazienti che ottengono una qualche risposta adeguata da parte della psichiatria e della psicoterapia che operano in un contesto privato. La maggior parte delle situazioni di sofferenza mentale, in realtà, riceve risposte improprie o, peggio ancora, non riceve alcuna risposta. Si tratta di un problema sociale e sanitario di proporzioni enormi se le stime sono corrette, e non vi è motivo di credere diversamente.” Da queste ed altre considerazioni, anche di natura economica, emerge che è necessario costruire un nuovo modello di intervento, quello preventivo, che utilizzi opportunità non psichiatriche e le risorse dei soggetti sofferenti. Senza una cultura nuova nella collettività non sarà mai possibile un'assistenza psichiatrica moderna ed efficiente. Un altro fattore da prendere in considerazione è di natura clinica è consiste nel fatto che è ingenuo e non realistico pensare che il disturbo mentale che si presenta al servizio pubblico sia quello originario. Ciò che giunge al DSM è una sorta di sofferenza mentale istituzionalizzata dal lungo percorso svolto dal soggetto attraverso il circuito sociosanitario. La sofferenza mentale impropriamente definita non grave (quadri nevrotici, i disturbi emotivi comuni), se non adeguatamente trattati, possono evolvere e trasformarsi in un disturbo grave. Da queste brevi considerazioni di natura generale emerge che soltanto l'assunzione forte di un paradigma preventivo permetterà di prendersi cura della salute mentale nel senso più pieno ed autentico.

### **Obiettivi del Progetto**

Il Centro di Salute Mentale di Catanzaro Lido, attraverso il Progetto “Rete Sociale”, intende perseguire l'obiettivo di stimolare la popolazione locale ad una graduale crescita culturale sui temi inerenti la salute mentale. La prevenzione primaria, nella sua funzione di promozione della salute, è diventata a livello sociale un importante fattore di crescita tanto da occupare uno spazio proprio in tutti i settori della medicina, considerato il ruolo indispensabile che ha nel perseguire il miglioramento ed il mantenimento del benessere nella sua dimensione bio-psico-sociale. L'attività di prevenzione svolta dal C.S.M. di Catanzaro Lido nel triennio 2003-2005, che ha interessato circa 2000 alunni frequentanti gli istituti superiori, ha evidenziato una generale disinformazione sui temi inerenti la salute men-

tale. Questo dato rispecchia in modo impressionante il fatto che i mass-media da circa un decennio propongono all'attenzione generale sempre gli stessi temi quali l'alimentazione, il tabagismo, le dipendenze, l'A.I.D.S., ecc., dedicando alla salute mentale un'attenzione pressoché nulla. Non ci si meraviglia quindi che la salute mentale, o meglio la sua patologia, venga trattata dai mass-media solo a livello di cronaca nera ogni qual volta si verificano fatti che suscitano generale scalpore. Ciò non fa che perpetuare il meccanismo della negazione e della rimozione sociale sui fattori di rischio psicopatologici che meriterebbero un'ampia disamina scientifico-culturale. Pertanto, pur riconoscendo il grande ruolo che il benessere psichico ha nel mantenimento della salute generale della persona, anche nei suoi risvolti sociali, la strada della prevenzione è ancora irta di ostacoli che spesso denotano atavici pregiudizi.

Da sempre la persona affetta da malattia mentale è vittima di emarginazione sociale a causa di pregiudizi (stigma). E' ancora prassi diffusa "tutelare" il paziente "grave" allontanandolo dal proprio domicilio per bisogni che spesso sono di natura squisitamente socioassistenziale, con grave danno alla persona e aggravio della spesa sanitaria. Per rendersi conto di ciò basta recarsi presso le Case di Cura Psichiatriche che assistono spesso pazienti con un basso fabbisogno sanitario e che si trovano lì solo perché la comunità locale di appartenenza non ha saputo trattenerli al suo interno. Per contrastare questa tendenza all'esclusione sociale è necessario promuovere una fattiva crescita che sensibilizzi la comunità locale alla riscoperta del valore della solidarietà. Pertanto uno degli obiettivi del Progetto è quello di coinvolgere la comunità locale, (sindaci, associazioni di volontariato, istituzioni scolastiche, rappresentanze sociali, sindacati, ecc.), per costituire sul territorio dei punti nodali per la promozione di una "nuova cultura" che metta in crisi il modello ancora imperante della istituzionalizzazione. Da segnalare, al riguardo, che la spesa sanitaria ha raggiunto ormai i suoi limiti storici e che presto non potrà più farsi carico di bisogni non strettamente sanitari.

Una "Rete Sociale" per la Salute Mentale, così costituita, potrà fornire un utile supporto nell'assistenza dei pazienti "gravi" e con scarso sostegno familiare, per interventi di:

- monitoraggio nell'assunzione periodica dei farmaci;
- pronta segnalazione al C.S.M. di iniziali fasi di scompenso psichico per un tempestivo trattamento;

- vigilanza sulle pratiche di integrazione sociale o di esclusione;
- promozione di interventi di formazione per l'inserimento lavorativo (ergoterapie);
- promozione di Gruppi-Alloggio per pazienti che non hanno la possibilità di un sostegno familiare.

I referenti della “Rete Sociale” andranno a rappresentare, sul territorio di appartenenza, dei sistemi di rilevazione sulle problematiche sociali emergenti e promuoveranno, in accordo con il C.S.M., idonei interventi in risposta ai bisogni censiti.

## **Fasi del Progetto**

### *Prima fase: gli operatori.*

In questa prima fase s'individuano e assegneranno le aree di attività per giungere agli obiettivi prefissati.

Si ripartiranno gli impegni, vagliando le disponibilità e le pregresse esperienze.

Si diversificheranno i compiti: alcuni si occuperanno della promozione dell'iniziativa, altri della formazione delle persone che parteciperanno al progetto. Successivamente si concorderanno i tempi di azione coniugandoli con le disponibilità dei partner individuati.

### *Seconda fase: il Distretto Sanitario n°2.*

In questa fase si darà avvio formale al progetto, il Responsabile del D.S.B.n°2 curerà l'inserimento dello stesso nel PAT e ciò permetterà di riallacciare nuove sinergie tra le categorie del sociale, del sanitario e della cultura.

In questa fase è prevista una riunione con tutti i sindaci o i loro rappresentanti dei comuni afferenti il Distretto, allo scopo di presentare il progetto e per ricevere preziose indicazioni circa le realtà territoriali.

Da questo dovrà nascere una strategia comunicativa, per presentare il progetto al territorio, che colga la disponibilità dei singoli, delle famiglie e delle realtà aggregative.

### *Terza fase: Il Volontariato.*

In questa fase s'individuano i soggetti referenti territoriali che costituiranno i nodi della Rete Sociale.

Sarà necessario, per la riuscita del progetto, attivare contatti diretti con le associazioni di volontariato, per selezionare persone dotate di una spiccata sensibilità verso la tematica della salute mentale e di operatori interessati in possesso di titoli di formazione specifici: educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, operatori dei servizi sociali.

### *Quarta fase: la formazione.*

Dopo aver effettuato i colloqui con i volontari, ed avendo analizzato le richieste di partecipazione, si avranno una quantità di dati che consentirà di tarare meglio gli obiettivi della formazione.

Si ritiene che il corso possa avere una durata che varierà dalle 30 alle 50 ore.

### *Quinta fase: la rete sociale.*

Dopo le fasi formative, si raccoglierà la disponibilità delle persone a costruire la rete territoriale. I rappresentanti di questa rete cureranno l'organizzazione d'incontri con i cittadini residenti nei vari comuni allo scopo di stimolare una maggiore consapevolezza sulle problematiche della salute mentale e sulle necessità d'intervenire il più precocemente possibile.

Un ruolo importante potrà essere svolto a beneficio degli utenti "gravi" che sono in carico al C.S.M. e che presentano problematiche di esclusione sociale. Il C.S.M. avrà sempre la responsabilità del progetto e quindi il compito specifico di formulare un programma individualizzato .

Il progetto poi, andrà condiviso con le persone che hanno offerto la propria disponibilità e con il protagonista dell'azione volta al cambiamento, che è l'utente.

L'operatore approfondirà con loro il programma e ne accoglierà le eventuali proposte migliorative. Una volta al mese il gruppo che costituirà la rete sociale si riunirà con il responsabile del progetto, per esprimere le riflessioni e le sensazioni sull'esperienza.

*Sesta fase: la verifica.*

Dopo sei mesi si verificherà se alcuni obiettivi posti sono stati raggiunti.

Si ipotizza che il gruppo dopo sei mesi si sia consolidato ed abbia, in relazione alla attività svolta un quadro abbastanza preciso delle problematiche del territorio.

Come si ricorderà, tra i compiti principali previsti dal progetto, c'è quello di tentare di cambiare le situazioni di malessere presenti nella realtà che hanno fatto, o potrebbero fare insorgere, problemi di tipo socio-sanitario.

## **Materiali e metodi**

Il Progetto ha la peculiarità di assumere la formazione del volontariato quale obiettivo primario per la sua realizzazione. Pertanto il C.S.M. si incarica di realizzare opuscoli tematici, depliant, bibliografia ragionata, ecc., e un materiale d'aula (diapositive, video, ecc.) per le lezioni frontali. Sarà opportuno l'utilizzo di un computer portatile e di un videoproiettore per gli interventi d'aula e gli incontri-dibattito nei Comuni del DSB n°2. Da segnalare che la formazione prevede non solo un importante momento nella fase di avvio del Progetto, ma anche un aggiornamento continuo con incontri periodici di verifica dell'attività svolta e ri-formazione sulle tematiche emergenti, supervisione del lavoro di rete e programmazione degli interventi che si renderanno necessari. Stendere una rete di supporto territoriale può dispiegare la messa in atto di un processo virtuoso di auto-aiuto a forte valenza sociale e solidale a patto che i processi vengano governati e supervisionati con grande attenzione anche alle dinamiche che spontaneamente emergono quando si costituiscono dei gruppi di lavoro nel settore socio-assistenziale. Al riguardo è da segnalare l'esperienza maturata dal CSM di Catanzaro Lido nella gestione di gruppi di self-help per i familiari di pazienti cronici svoltasi nel periodo 1998-2001.

In una prospettiva di crescita di questo modello d'intervento socio-sanitario, si può ragionevolmente prevedere che una siffatta Rete Sociale potrà in futuro essere utilizzata per "emergenze" ed attività che possono rivelarsi necessarie per il perseguimento di obiettivi inerenti le attività del DSB n°2 ( assistenza domiciliare integrata, ecc.).

Il C.S.M. potrà contare su una forza di persone formate e sensibilizza-

te alle tematiche della salute mentale ogni qualvolta si renderà necessario supportare i pazienti gravi e con scarso sostegno familiare e in tutte le iniziative territoriali tese a garantire la permanenza della persona ammalata nel suo contesto di origine.

### **Obiettivi:**

#### *a breve termine*

- ricognizione sul territorio delle risorse umane da coinvolgere sul piano operativo.
- sensibilizzazione dei Sindaci dei Comuni afferenti al DSB n° 2.
- coinvolgimento di alcuni Servizi del DSB n° 2 per realizzare la globalità dell'intervento.
- predisposizione del calendario delle attività formative e ricognizione delle risorse professionali necessarie al lavoro d'aula.

#### *a medio termine*

- realizzazione degli strumenti necessari alle attività formative.
- avvio dell'intervento di formazione e di valutazione delle competenze acquisite.
- incontri-dibattito territoriali per la promozione della salute mentale.

#### *a lungo termine*

- sensibilizzazione delle forze sociali alle tematiche della salute mentale.
- creazione di una Rete Sociale per la salute mentale.

### **Target:**

associazioni di volontariato, operatori professionali, referenti locali, cittadini e rappresentanze varie.

### **Tempi di attuazione:**

quadriennale: (giugno 2005 – giugno 2009)

## **Risorse necessarie:**

- *umane*

Centro Salute Mentale:

- Medico
- Psicologo
- Assistente Sociale
- Infermiere
- Educatrice Professionale
- Capo Sala

Distretto Sanitario:

- Assistente Sanitario Esperto
- Assistente Sociale Esperta
- Operatore Informatico

Si renderà necessario stringere alleanze per realizzare la globalità dell'intervento attraverso sinergie operative. Pertanto si ritiene necessario coinvolgere alcuni Servizi per concordare procedure operative:

Servizi del Distretto:

- CSM
- Tutela salute D.I. e F.
- Settore Medicina Generale
- U.O.S.S. Servizi dell'Azienda:
- Servizio di Educazione alla Salute
- Servizio di Epidemiologia e Statistica

*strumentali*

Centro Salute Mentale

- computer portatile e stampante
- cd, dvd, floppy da 3,5 pollici
- fotocopiatrice
- cartelle plastificate (porta-progetto)
- fogli A4 e A3 per fotocopiatrice e stampante
- lucidi per fotocopiatrice e stampante
- materiale vario di cancelleria
- videocassette
- videoproiettore

## Comuni

- televisore
- videoregistratore
- lavagna luminosa
- computer e videoproiettore
- fotocopiatrice
- materiale vario

### *Indicatori per la valutazione dell'intervento:*

#### Indicatori di efficacia:

Numero di Comuni che sono stati coinvolti dall'intervento di promozione della salute mentale e stima della popolazione effettivamente coinvolta. Attivazione di Reti Locali per le attività di tutela e di integrazione delle persone affette da patologie mentali.

#### Indicatori di efficienza:

I tempi e le risorse identificate in fase di programmazione coincidono con gli effettivi tempi e risorse che sono stati necessari per la realizzazione del programma.

Gli operatori riferiscono di aver avuto a disposizione tempi e risorse adeguate alla realizzazione del progetto.

Gli operatori dei servizi hanno lavorato con modalità integrata, condividendo gli obiettivi del programma.

#### Indicatori di gradimento e di soddisfazione:

La popolazione target riferisce di aver trovato il programma interessante e coinvolgente.

La popolazione target riferisce di aver trovato il programma utile e completo.

Gli operatori che hanno condotto il programma si dichiarano soddisfatti del ruolo avuto nello stesso.



## **Articolazione del programma**

Il Progetto si pone l'obiettivo di aprire, per la prima volta, un dibattito sulle tematiche della salute mentale a livello di popolazione e, per far ciò, si è pensato di coinvolgere soggetti e associazioni che, a vario titolo, possono rappresentare dei punti nodali di una rete che interesserà il territorio del Distretto Sanitario di Catanzaro Lido. Pertanto la prima fase del lavoro ci vedrà impegnati nel reperire le risorse umane da sottoporre alla formazione. Ciò sarà svolto in collaborazione con il Servizio Sociale e con il Direttore del Distretto che cureranno di sensibilizzare i sindaci e di inserire il Progetto nel Piano Sanitario Territoriale. In collaborazione con il Distretto e con altri servizi aziendali sarà organizzato un incontro di presentazione dell'iniziativa attraverso un convegno-dibattito con interessamento degli organi di informazione.

L'attività formativa prevede una fase di progettazione con individuazione dei percorsi tematici e degli operatori che cureranno l'aspetto didattico con interventi frontali d'aula. I docenti interessati saranno reclutati tra gli operatori del D.S.M. e del Distretto che potranno utilizzare ausili quali: diapositive, filmati ecc. e che cureranno di predisporre dei questionari di verifica dell'efficacia formativa.

**SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE**  
*Regione Calabria - Azienda Sanitaria N. 7*  
*Distretti Sanitari n.1 e 2 - Ser.T. Catanzaro*  
*Direttore: Dott. Bernardo S. Grande*  
*Dott.ssa maria Gualia Audino, dirigente medico*  
*Dott. Eugenio Nisticò, dirigente sociologo*

### **Relazione anno 2005**

Gli utenti in trattamento per l'anno 2005 sono rimasti invariati tra interruzioni, incidenti e prevalenti ma è stato comunque raggiunto un risultato non trascurabile se si tiene conto che per gli utenti in trattamento è aumentato il tempo di attrazione presso il Servizio, in ogni caso nel complessivo gli utenti in trattamento hanno subito un incremento se si tiene conto degli alcolisti per come evidenziato nella sottostante tabella:

<b>anno di riferimento</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Utenti in trattamento (tossicodipendenza)	678	678
Utenti in trattamento (alcolismo)	88	109
<b>Totale</b>	<b>766</b>	<b>787</b>

Nell'anno 2005 il Servizio ha finalmente ottenuto il trasferimento logistico della nuova sede nei locali di Villa dei Medici all'interno del parco dell'Ospedale Ciaccio. Questa nuova collocazione si ritiene possa migliorare la qualità del servizio offerto non appena completata l'opera di ristrutturazione.

Nell'anno sono stati effettuati ben 61 inserimenti riabilitativi in Comunità Terapeutica residenziale ma nessun inserimento lavorativo a causa di mancanza di finanziamenti dedicati.

Il Servizio Regionale di Documentazione ha concretizzato:

- la trasmissione dei documenti e delle leggi in materia, e delle note

informativa sull'emergenza Ecstasy, ai Ser.T. e alle Comunità Terapeutiche della Calabria

- l'acquisto di 70 copie di ciascuno dei seguenti testi: Manuale di neurobiologia e clinica delle sostanze (F. Nava), La vita in gioco Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema (D. Capitanucci, V. Marino), Prevenzione delle dipendenze e multimedialità (Fea, Basti, Dodi, Magarò), La valutazione nel trattamento delle dipendenze (Maffei, Madeddu, Fiocchi), Dipendenze: la qualità della cura nei Servizi (C.F. Giannotti), Manuale delle urgenze ed emergenze nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanile (Federserd); e di 40 copie dei volumi 1 e 2 del Trattato completo degli abusi e delle dipendenze (Nizzoli, Pissacroia), che sono stati distribuiti ai Dipartimenti delle Dipendenze, ai Ser.T., alle Unità Alcologiche, agli Osservatori delle Dipendenze e alle Comunità Terapeutiche della Calabria.
- la spedizione ai Dipartimenti delle Dipendenze, ai Ser.T., alle Unità Alcologiche, agli Osservatori delle Dipendenze e alle Comunità Terapeutiche della Calabria del volume "Aspetti sanitari della sicurezza stradale", a cura di Franco Taggi, edito dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti; tale volume è stato ristampato a cura e spese dell'SRD previa autorizzazione da parte degli autori per fornirne copia ai vari presidi calabresi.
- la realizzazione e la trasmissione delle bozze in tipografia per la stampa del Bollettino Regionale sulle Farmacotossicodipendenze anno 2001

La prevenzione sugli stili di vita e di promozione della salute mirati per l'età adolescenziale è stata realizzata attraverso i CIC (Centri di Informazione e Consulenza) attivati presso gli Istituti Superiori del Capoluogo di Regione ai quali hanno dato adesione oltre le figure professionali del SER.T. anche altri operatori sociali e sanitari dell'Azienda. La promozione della salute e del rapporto con il proprio corpo sono stati perseguiti attraverso gli operatori sociosanitari impegnati nell'attività di prevenzione all'interno delle scuole pubbliche di secondo grado. E' aumentato il numero dei medici di medicina generale che attraverso contatti con gli operatori sanitari del servizio si sono resi disponibili a sostenere le problematiche di alcuni loro assistiti tossicomani anche attraverso l'affido dei farmaci sostitutivi.

## Area penale e giudiziaria

Le strutture penitenziarie presenti sul territorio di Catanzaro sono il Centro di Giustizia Minorile con l'Istituto Penale Minori, il Centro di Prima accoglienza e la Comunità per minori unico riferimento a livello Regionale in ambito minorile e la Casa Circondariale di Siano all'interno della quale è stata istituita per i detenuti inseriti nel circuito penale di media sicurezza la Sezione Specializzata per le Tossicoalcoldipendenze che accoglie detenuti in attesa di giudizio e coloro i quali stanno espiando una pena definitiva, comunque persone disposte ad intraprendere un percorso di recupero.

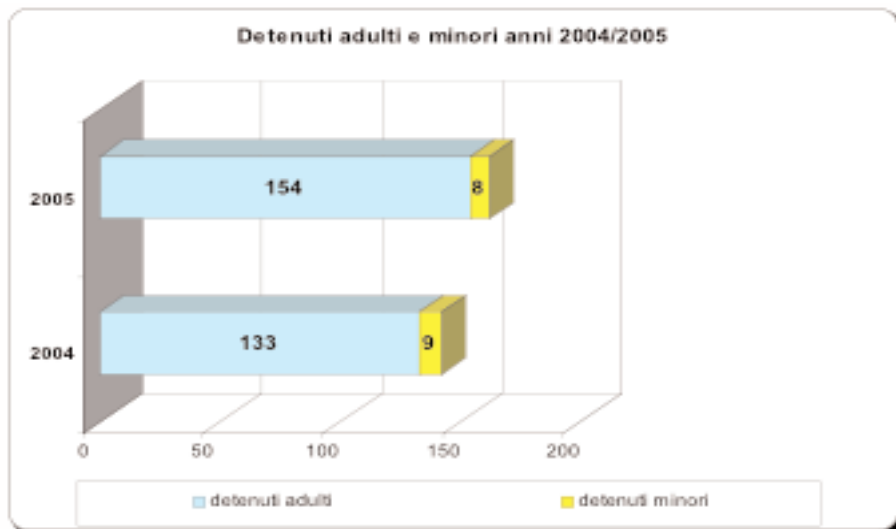
Entrambi gli Istituti accolgono detenuti di sesso maschile, la Casa Circondariale di Siano accoglie detenuti di media , alta sicurezza e collaboratori di giustizia;

I detenuti tossicodipendenti trattati dal nostro Servizio presso gli Istituti penali nell'anno 2005 sono stati 162 di cui 154 adulti e 8 minori a fronte di 142 di cui 133 adulti e 9 minori del 2004.

Il grafico sottostante mette in evidenza l'aumento in percentuale per l'anno 2005 pari al 22%.



Il grafico sottostante riporta il numero dei detenuti adulti e minori riferiti all'anno 2004-2005 sottolineando il maggiore numero di interventi effettuati nel 2005 a fronte come specificato in precedenza di una carenza di organico.



Per ogni detenuto è stato individuato e portato avanti un programma terapeutico individualizzato al fine di dare quella giusta valenza alla pena detentiva in corso vista come momento di recupero individuale e sociale e non mera espiazione di una condanna punitiva tesa ad allontanare “la persona patologica “ dal tessuto sociale.

Tutti i lavori sono pensati e portati avanti in sinergia con la Direzione dell'Istituto, gli operatori tutti della giustizia e le assistenti sociali dell'UEPE ( Servizio Sociale del Ministero della Giustizia) perché la sola piena collaborazione può portare a quel risultato auspicato in ognuno di noi.

Il D.P.R. 309-90 individua nei Ser.T., i servizi pubblici di riferimento per i programmi di trattamento dei detenuti tossicodipendenti.

Per adempiere a queste funzioni l'Azienda ha stipulato due convenzioni con le Direzioni degli Istituti adulti e minori.

Presso il Ser.T. di Catanzaro è stata individuata dal Direttore del Servizio un'équipe multidisciplinare per lo svolgimento delle competenze previste composta da un Dirigente Medico, un Dirigente Psicologo, un

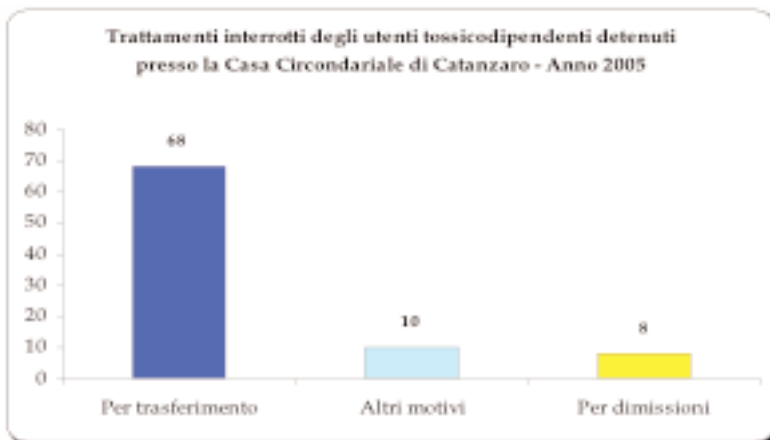
Educatore Professionale, un Infermiere Professionale ed un Assistente Sociale non più disponibile perché in quiescenza dall'ottobre dello scorso anno.

- *Gli obiettivi che l'équipe si è prefissata vanno da :*

1. Informare tutti i detenuti che si sono dichiarati tossicodipendenti sulla possibilità di essere presi in carico per effettuare un programma terapeutico riabilitativo.
2. Promuovere nel detenuto la volontà al cambiamento, inizio o proseguo del trattamento farmacologico sostitutivo motivando la persona, come concordato con l'area sanitaria della Casa Circondariale ad un veloce scalaggio.
3. Motivare il detenuto, lì dove ne esistano i presupposti all'inserimento nella sezione.
4. Sostenere ed aiutare il detenuto al superamento del momento di ansia e deflessione del tono dell'umore ritrovando quelle risorse emotive che rappresentano il punto di partenza verso la volontà al cambiamento.
5. Garantire la continuità terapeutica e favorire attraverso colloqui motivazionale l'utilizzo delle misure alternative alla detenzione come previsto dagli articoli 94 e seguenti del DPR309-90.
6. Promuovere attività culturali e lavorative compatibilmente con la misura cautelare (nel solo anno 2005 tre detenuti tossicodipendenti sono stati inseriti in attività lavorative esterne art21; a tutti i presenti in sezione è stata offerta un'opportunità lavorativa e/o scolastica formativa come momento ergoterapico del periodo detentivo).
7. Promuovere attività di educazione e promozione alla salute favorendo attraverso colloqui motivazionali e di supporto una maggiore compliance al trattamento offerto.
8. Acquisizione di una sempre maggiore consapevolezza sui danni provocati dalle sostanze stupefacenti e sui controlli sulle patologie correlate.
9. Garantire il proseguo del trattamento intrapreso all'interno dell'Istituto sia presso il nostro Servizio, sia presso il proprio domicilio, che presso strutture di recupero, stimolando inoltre i non residenti alla continuazione del programma presso il Ser.T. di appartenenza.
10. Partecipare attivamente alle riunioni d'équipe.
11. Intraprendere un lavoro di rete con i Ser.T. di appartenenza, strut-

ture sanitarie esterne che hanno rappresentato per il ristretto un punto di riferimento(psichiatria ecc ) gli Avvocati ed i Magistrati di sorveglianza e l'UEPE.

12. Supportare le famiglie nel difficile percorso di separazione forzata dal congiunto.

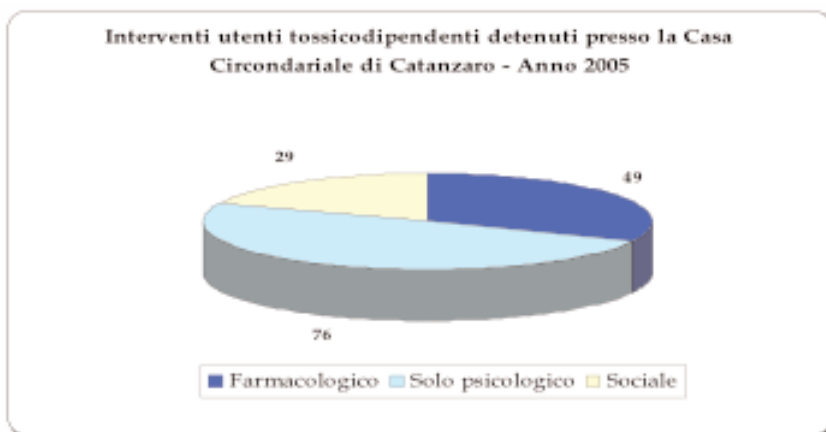


I grafici sottostanti illustrano gli interventi effettuati dall'équipe multidisciplinare.

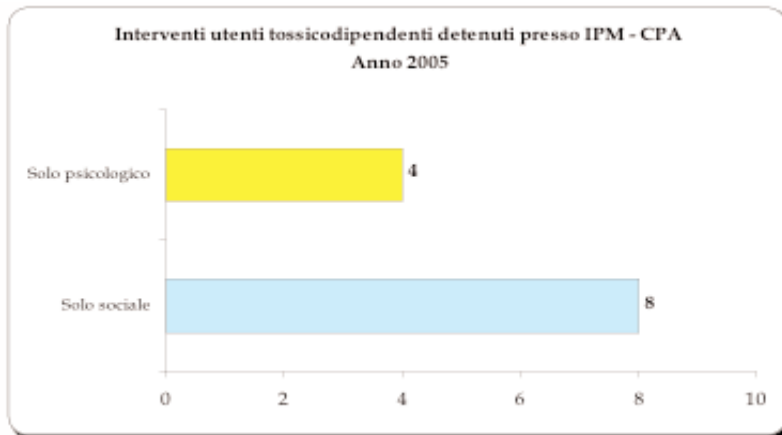
I detenuti ristretti sono tutti di sesso maschile

Il grafico presenta analiticamente gli interventi effettuati suddivisi per tipologia (farmacologico, psicologico e sociale) precisando comunque che su ogni detenuto è stato effettuato un primo colloquio a cui è seguito, lì dove ne esistevano i presupposti, un programma integrato.

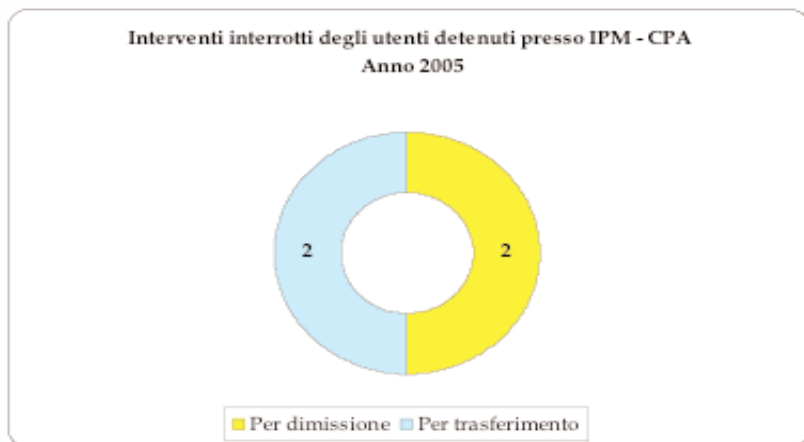
Il programma integrato è apparso sempre il più idoneo perché rispondente in forma completa alle varie esigenze che vanno dall'aspetto psicofisico a quello sociale.



Considerate le difficoltà logistiche riferite allo svolgimento delle attività terapeutiche da effettuarsi all'interno dell'Istituto, a volte risulta difficile il completamento degli interventi programmati a causa di trasferimento e/o per l'ottenimento di benefici, in percentuale minore per dimissioni. Si ribadisce a tal uopo che negli obiettivi prefissati dall'équipe c'è la stimolazione al proseguimento del programma intrapreso presso le strutture di riferimento.



La differenza tra gli interventi del circuito penale adulti e quello dei minori è evidente la tipologia della richiesta, infatti i minori tossicodipendenti si è riscontrato unicamente uso di sostanze che non necessitano di un trattamento farmacologico sostituendo con colloqui psicologici hanno avuto una valenza prevalentemente motivazionale, mentre il trattamento sociale ha avuto un'impronta di lavoro di rete nel mantenere comunque rapporti con i Ser.T. di appartenenza, le famiglie, gli operatori penitenziari, i legali ed i Magistrati.





Le dimissioni i trasferimenti, considerata comunque la particolare tipologia di utenza sono da ricondurre a trasferimento in strutture protette e/o l'ottenimento di benefici previsti dalla normativa vigente.

### **Le attività di prevenzione attraverso i centri di informazione e consulenza**

In ordine alla Legge n.444 che prevede, nei Servizi per le Tossicodipendenze, le attività di Prevenzione, Cura e Riabilitazione , il Ser.T, d'intesa con gli ex Provveditorati agli Studi e con i Consigli d'Istituto, istituisce i Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.) destinati agli studenti degli Istituti Scolastici Superiori di II° grado per la propria competenza territoriale.

I CIC sono stati Istituiti allo scopo di promuovere e sviluppare una formazione degli studenti mirata alla prevenzione delle Tossicodipendenze e alla Educazione alla Salute, promuovendo iniziative da realizzare nell'ambito degli Istituti Scolastici Superiori con la collaborazione sia del personale Docente che dei genitori degli studenti.

L'istituzione dei CIC è stata prevista dagli art. 104, 105 e 106 del D.P.R. 309/90, Testo Unico della legge in materia di disciplina delle sostanze stupefacenti.

Il CIC, in quanto servizio, è organizzato come intervento stabile e continuativo, fondato su strutture e modalità operative permanenti anche se flessibili ed aperte.

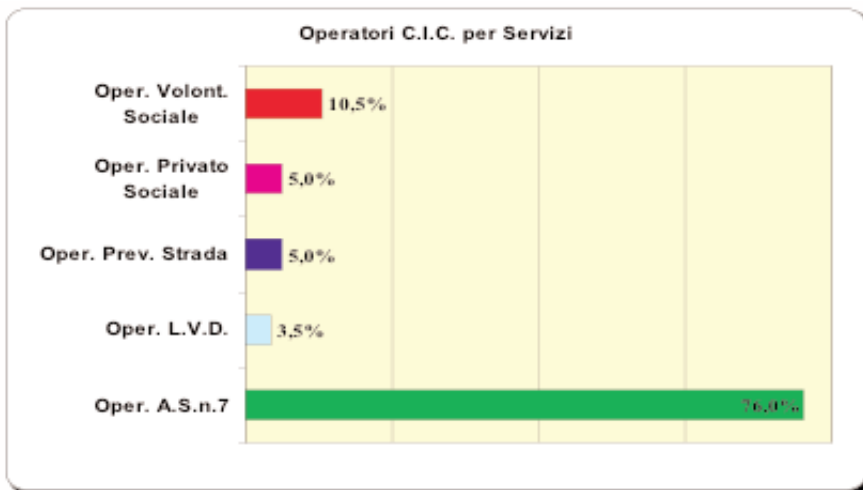
Le attività svolte all'interno di questo servizio si possono così sintetizzare:

- attività di "Informazione" che copre diverse aree di interesse dei giovani, non esclusivamente legate alla condizione di studenti;
- attività di "Consulenza" che presuppone l'ascolto l'aiuto nell'affrontare problemi e difficoltà che possono essere di tipo sanitario, psicologico, relazionale, sociale, ecc. , attraverso interventi qualificati professionalmente.

Il Ser.T di Catanzaro, come già da oltre un decennio, organizza i Centri di Informazione e Consulenza negli Istituti Scolastici Superiori di II° grado, attraverso la composizione di Equipages formate da diverse professionalità che provengono sia dal Ser.T in modo precipuo, sia da numerosi Servizi dell'A.S, n.7.

Le attività C.I.C. rappresentano e costituiscono l'intervento principale e più peculiare dell'azione preventiva primaria svolta dal Ser.T. , in quanto riferita a quella fascia di età critica della popolazione giovanile studentesca compresa tra i 14 e 18 anni circa.

Le suddette attività, nel corso dell'anno scolastico 2005, sono state svolte in 14 sedi di Istituti Scolastici di Catanzaro, Catanzaro Lido e Botricello.

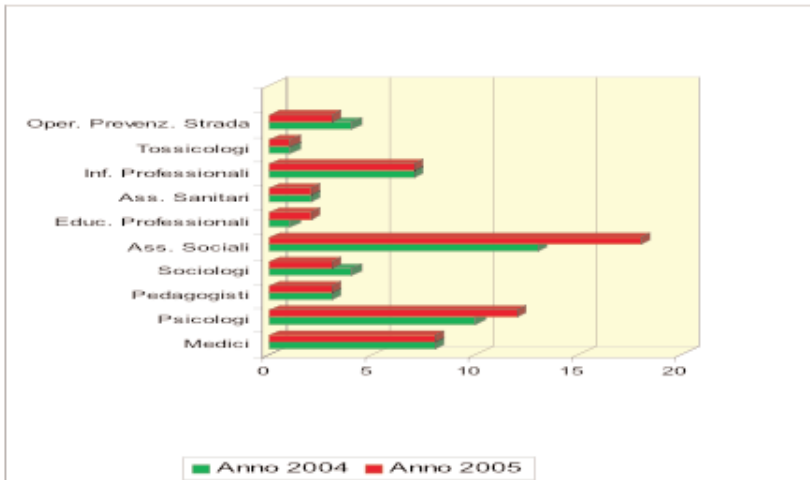


Come si può rilevare dalla tabella sopra riportata, risulta essere stato impegnato un cospicuo numero di Operatori sociosanitari provenienti dai vari Servizi dell'A.S. n.7 e in esiguo numero dal Privato Sociale. Il Ser.T ha una significativa presenza con la sua percentuale di Operatori.

Le stesse hanno impegnato 59 Operatori appartenenti per la quasi totalità all' A.S. n. 7, ad alcuni Enti - Associazioni e al Volontariato Sociale.

La composizione, poi, delle Equipes operanti nei singoli Istituti Scolastici, si avvale di un'ampia molteplicità di profili professionali che tuttavia non ancora sono sufficienti per assicurare una più funzionale omogeneità delle varie equipes.

L'anno scolastico 2005 ha visto impegnati ben 59 Operatori Sociosanitari di cui gli Ass. Sociali e gli Psicologi ricoprono un ruolo preponderante sia in relazione alle attività dello "Sportello di Ascolto" che degli interventi nei gruppi.



Si deve inoltre considerare che gli interventi sia di Informazione che di Consulenza non sempre sono facilitati dalla logistica degli spazi preposti e da una mentalità di accoglienza, collaborazione e condivisibilità talvolta sia dei Dirigenti Scolastici che dei Docenti.



Infatti, dalla rilevazione di un questionario relativo a 14 Istituti interessati all'attività dei CIC risulta che 8 di essi hanno una collocazione idonea per la sede delle attività all'interno dell'Istituto, 2 hanno una collocazione non rispondente a pieno alle esigenze operative, mentre di altre tre non è pervenuta l'informazione.

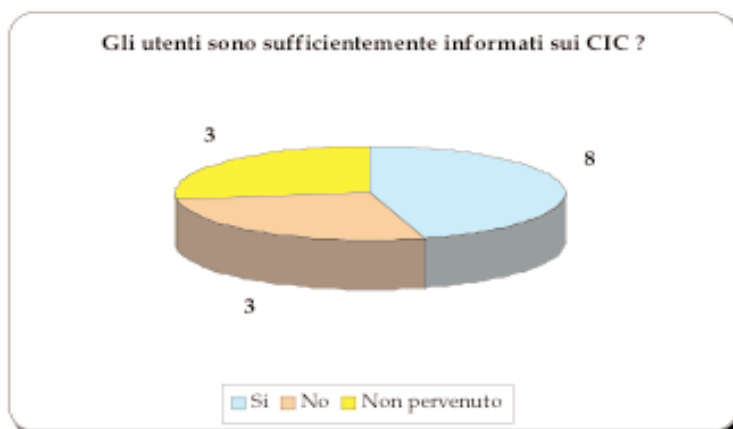


Degli Istituti, poi, che hanno realizzato al loro interno uno spazio adibito alle attività dei centri di informazione e Consulenza, 7 risultano avere una sede funzionale, 2 no e dei tre rimanenti non è pervenuta alcuna informazione.

Una variabile importante perché i CIC possano incidere a livello preventivo raggiungendo una più vasta popolazione e un attento interesse alle attività proposte, dipende da quanto le Attività di Informazione e Consulenza sono note all'interno degli Istituti Scolastici.

Relativamente al Questionario sopra citato, di 14 Istituti Scolastici 8 ritengono che i loro allievi siano sufficientemente informati, 3 non sono di questo parere e di altri 3 non si è avuta informazione.

Uno degli aspetti che spesso ha caratterizzato gli interventi CIC negli Istituti Scolastici nelle varie esperienze regionali italiane, e talvolta l'unico, è rappresentato dal cosiddetto "Sportello di Ascolto".



Gli studenti hanno diverse possibilità all'interno dell'Istituto frequentato, di chiedere un colloquio individuale con uno o più operatori dei CIC.

Dalla quotidianità degli interventi operativi, si è evidenziato che il canale preferenziale utilizzato, per detti colloqui, risulta la richiesta diretta dell'interessato, seguita da quella mutuata attraverso i Referenti Scolastici e in minima parte attraverso i Professori.

L'attività di Informazione ai fini della prevenzione prevede, oltre ad incontri con le classi, inter-classi e assembleari, anche la possibilità che ogni studente, a seconda del proprio bisogno, possa chiedere un incontro individuale dove esporre e confrontarsi su eventuali disagi o chiedere sostegno e indicazioni su come affrontare le situazioni problematiche più diversificate.

Dalla rilevazione di consultazioni individuali e di colloqui personali con la popolazione studentesca si sono potute registrare una serie di problematiche riportate dalla seguente tabella

<b>Conflitto con i genitori</b>
<b>Aspetto fisico</b>
<b>Autostima</b>
<b>Droghe</b>
<b>Tendenze alimentari</b>
<b>Comportamenti anoressici</b>
<b>Comportamenti bulimici</b>
<b>Disturbi psicosomatici</b>
<b>Disturbi affettivo/sexuali</b>
<b>Difficoltà di apprendimento</b>
<b>Difficoltà relazionali</b>
<b>Difficoltà con la classe</b>
<b>Difficoltà con i professori</b>
<b>Difficoltà di rapporti sociali</b>
<b>Problematiche compresenti</b>

La maggior parte dei conflitti appare esistere nella famiglia di origine con i genitori, anche se apparentemente contro tendenza i giovani manifestano difficoltà relazionali ed affettivo/sexuali seguiti da problematiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti, ecc. Un elemento significativo è

rappresentato dalla compresenza di problematiche che assumono una complessità psicologico-sociale.

<b>Tossicodipendenze</b>
<b>Alcolismo</b>
<b>Benessere Scolastico</b>
<b>Sessualità /affettività</b>
<b>Educazione alla salute</b>
<b>Tabagismo</b>
<b>Rapporti Amicizia</b>
<b>Presentazione Cic</b>
<b>Provvedimenti prefettura</b>
<b>Codice strada</b>
<b>Comun. Rete/Servizi</b>
<b>Stili di vita</b>
<b>Prevenzione tumori</b>

Si deve inoltre ricordare che, soprattutto nelle attività dello “Sportello di Ascolto” gli interventi di Informazione e Consulenza degli Operatori Sociosanitari hanno comportato, in diversi colloqui individuali, l’indicazione e/o l’invio dell’alunno/a a specifici Servizi sociosanitari per un trattamento di competenza.

In sintesi, nell’anno 2005, come già premesso, le attività CIC sono state presenti in 14 Istituti Scolastici Superiori ricadenti nei Distretti Sanitari N.1 e N. 2 dell’ A.S. n.7 e si sino espletate a partire da metà novembre 2004 fino alla prima settimana di giugno 2005

Ogni singolo Istituto Scolastico ha usufruito per 1 giorno a settimana, dalle ore 9.00 alle 13,00, della presenza di una equipe interdisciplinare di Operatori Sociosanitari appartenenti in massima parte al Ser.T. e ad altre Unità Operative dell’A.S.n.7, nonché ad alcune Istituzioni Private e del Volontariato Sociale.

Si riportano in extenso sia la composizione delle varie equipes (allegato n.1) sia l’elenco delle professionalità partecipanti e l’appartenenza ai rispettivi Servizi (allegato n. 2).

Si sottolinea, tuttavia, che la composizione dell’equipes rimane potenzialmente un “gruppo aperto” in quanto anche successivamente possono aggiungersi ad esse altri operatori sociosanitari.

Infatti, dopo l'avvio delle attività per l'anno 2005 si è potuto comporre una ulteriore équipe di Operatori Sociosanitari presso il Liceo Scientifico "E: Fermi" di Catanzaro Lido.

Per comprendere la presenza significativa delle attività preventive del Ser.T. di Catanzaro, rispetto ad altre realtà, si riportano alcuni dati riassuntivi nell'Allegato n.3 che possono fornire la consistenza della presenza e la quantità del tempo investito e del numero di studenti contattati in interventi preventivi e di educazione alla salute.

Inoltre, nell'ambito della collaborazione istituzionale tra il Ser.T. e i vari Servizi dell'Azienda Sanitaria n.7 che hanno autorizzato la partecipazione sistematica di alcuni loro operatori si deve aggiungere che le attività CIC, nel corso dell'anno scolastico 2005 si sono avvalse anche di interventi temporanei nelle classi da parte di alcuni operatori dei Consulenti Familiari per rispondere a specifiche tematiche richieste dagli studenti di qualche Istituto Scolastico.

Nonostante ciò, ci si rende comunque conto sia della difficoltà di assicurare Equipes omogenee di Operatori Sociosanitari sia della loro limitata presenza settimanale rispetto alla vastità della popolazione studentesca e delle sue problematiche individuali e sociali.

Al fine di diffondere e informare più adeguatamente sulle attività dei CIC è stato realizzato, inoltre, un sintetico "Depliant" informativo di esse che è stato diffuso a tutta la popolazione studentesca.

ATTIVITA' CIC ANNO 2005

Sintesi	Valori assoluti	%
ISTITUTI SCOLASTICI SUPERIORI	14	
DOCENTI REFERENTI	29	
<b>TOTALE OPERATORI</b>	<b>59</b>	
OPERATORI A.S. N.7	50	
OPERATORI LINEAVERDE/DE/ROGA	2	
OPERATORI PREVENZIONE IN STRADA	3	
OPERATORI PRIVATO SOCIALE	2	
OPERATORI VOLONTARIATO SOCIALE	2	
ENTI - ASSOCIAZ. COINVOLTE: CCS, ARCAT, A.R.A. AA. ANONIMI	4	
SETTIMANE IMPEGNATE	26	
ORE SETTIMANALI PRO CAPITE	4	
ORE ANNO PRO CAPITE	100	
<b>TOTALE ORE ANNO 2005</b>	<b>5900</b>	
<b>TOTALE ALUNNI DELLE 14 SEDI COINVOLTE</b>	<b>9480</b>	<b>100%</b>
ALUNNI CONTATTATI DELLE 14 SEDI COINVOLTE	7584	<b>80%</b>
<b>TOTALE ALUNNI DI N. 1 SEDE NON COINVOLTA</b>	<b>384</b>	

## Alcoldipendenza

Gli utenti alcoldipendenti sono trattati presso il Ser.T. di Catanzaro da una equipe multidisciplinare composta da un medico, uno psicologo un assistente sociale ed un infermiere che si occupa parzialmente in modo specifico della prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti affetti da problemi alcolcorrelati.

Nell'anno 2005 sono afferiti a questo Ser.T. 109 soggetti con problemi di alcoldipendenza di cui 93 maschi e 16 femmine.

Gli utenti alcoldipendenti sono prevalentemente di sesso maschile e il tipo di bevanda maggiormente utilizzata è rappresentata, per ambo i sessi, dal vino, seguono i superalcolici ed infine la birra.



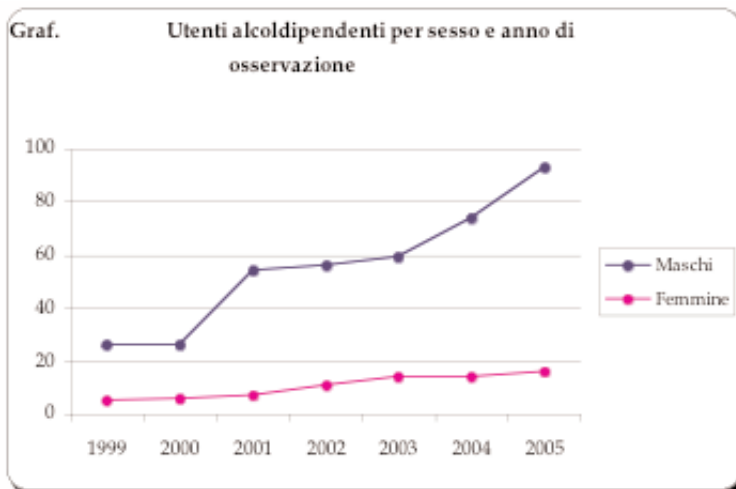
La maggior parte degli utenti che hanno chiesto al Servizio di essere aiutati a contrastare questa dipendenza, anche per quest'anno, si evidenziano maggiormente nella fascia d'età compresa tra i 30 e i 49 anni.

....

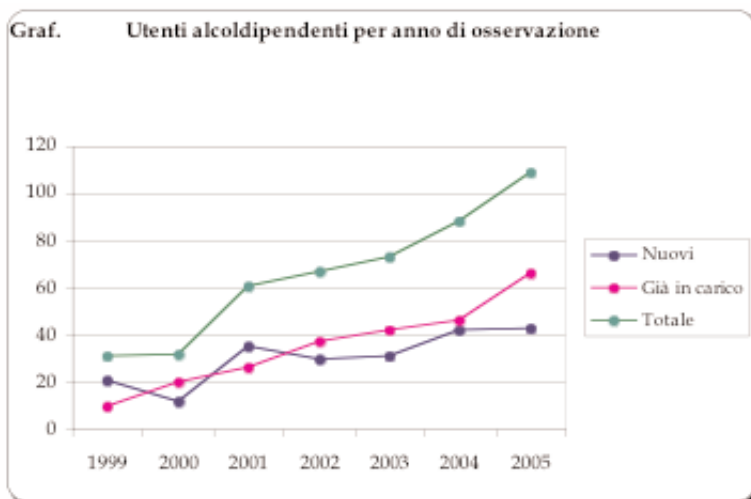
Età	Nuovi		Già in carico		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	M+F
< 19	2	0	0	0	2
20 - 29	3	0	4	0	7
30 - 39	10	2	19	3	34
40 - 49	10	3	13	6	32
50 - 59	10	0	16	1	27
> 60	3	0	3	1	7
<b>Totale</b>	<b>38</b>	<b>5</b>	<b>55</b>	<b>11</b>	<b>109</b>



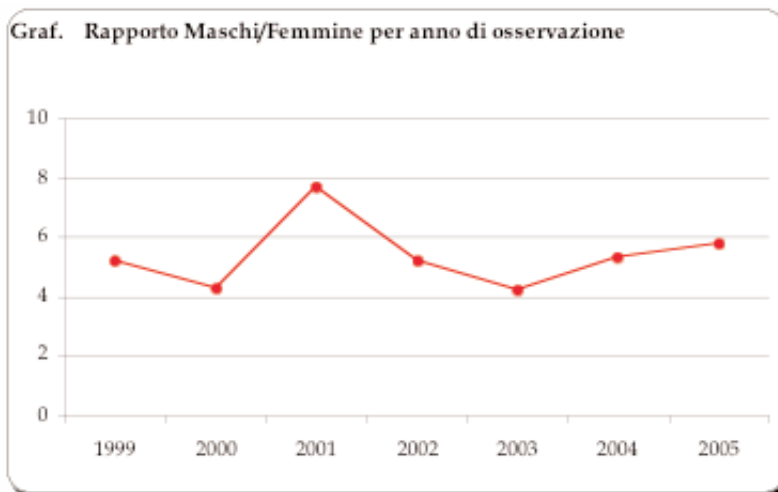
Nella redazione del presente report si è ritenuto ripresentare la serie storica degli anni compresi tra il 1999 e l'anno corrente. Da queste rilevazioni, si evince negli anni un aumento dell'utenza in trattamento con una prevalenza per il sesso maschile.



L'aumento, percentualmente è tendenzialmente simile tra gli utenti già in carico e i nuovi ingressi.



Il rapporto maschi/femmine evidenzia una modificazione significativa solamente nell'anno 2000, mentre negli altri periodi mantiene un andamento costante (grafico 38).



## Segnalazioni Commissariato di Governo

Segnalazioni da parte del Nucleo Operativo Tossicodipendenza del Commissariato del Governo

In questa sezione vengono presentati i dati riferiti alle segnalazioni del 2005 provenienti dal Nucleo Operativo Antidroga del Commissariato del Governo. Si ricorda brevemente che tali segnalazioni fanno riferimento al D.P.R. 309/90 ex art. 121 e ex art. 75.

La segnalazione ex art. 121 comporta l'impegno da parte del Ser.T. di convocare il soggetto segnalato senza, tuttavia, che sussistano obblighi di risposta da parte di questi. I soggetti che rientrano in questa tipologia di segnalazione sono generalmente consumatori di cannabinoidi non precedentemente incorsi in analogo procedimento, in un contesto che non configura elementi di grave coinvolgimento con le sostanze stupefacenti.

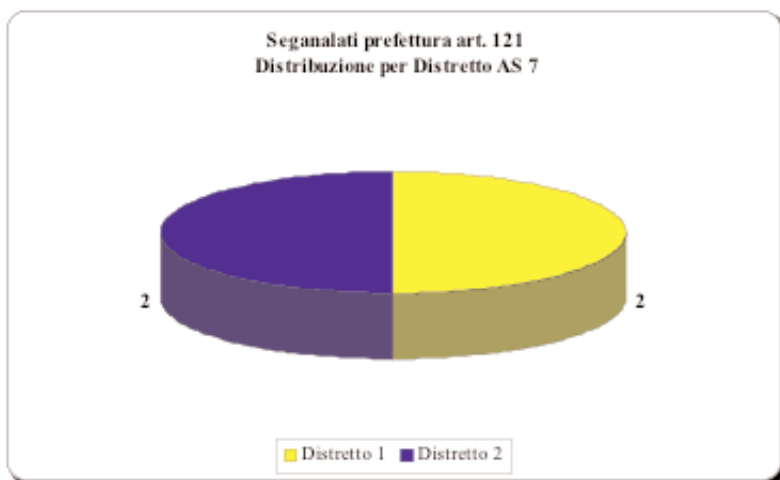
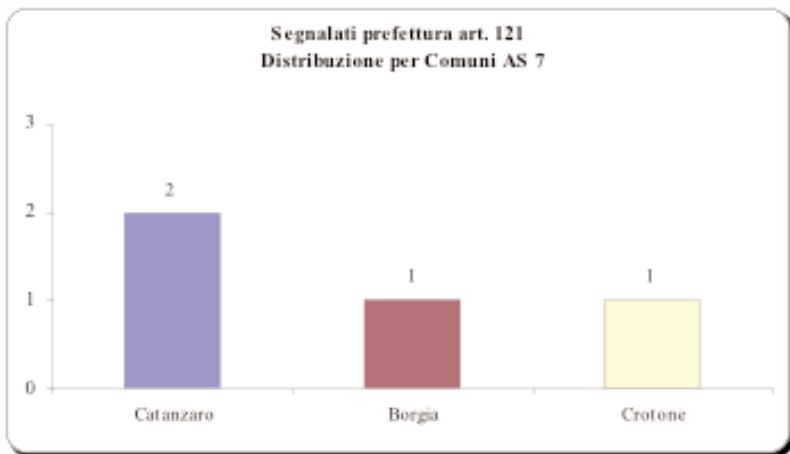
La segnalazione ex art. 75 comporta l'obbligatorietà a sottoporsi ad un programma terapeutico concordato con il Ser.T.; i soggetti a cui si rivolge evidenziano una condizione di maggiore problematicità nel rapporto con le sostanze stupefacenti rispetto ai segnalati ex art. 121, tale problematicità-

tà può essere determinata da numerosi fattori quali, ad esempio, il tipo di sostanza, la modalità di assunzione, il contesto d'uso, la recidiva di segnalazioni ex art. 121.

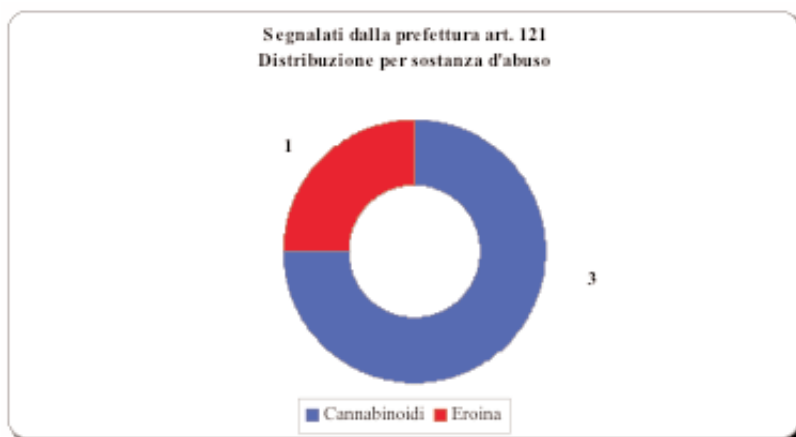
### *Segnalazioni ex art. 121 DPR 309/90*

Le segnalazioni ex art. 121 DPR 309/90, nel corso del 2005, sono state 4 tutti maschi.

Qui di seguito sono illustrati i dati relativi al Comprensorio di residenza dei soggetti segnalati ex art. 121 DPR 309/90, suddivisi per distretto 1 e 2 in quanto il Ser.T. di Catanzaro opera su due ambiti dei tre dell'AS n°7.



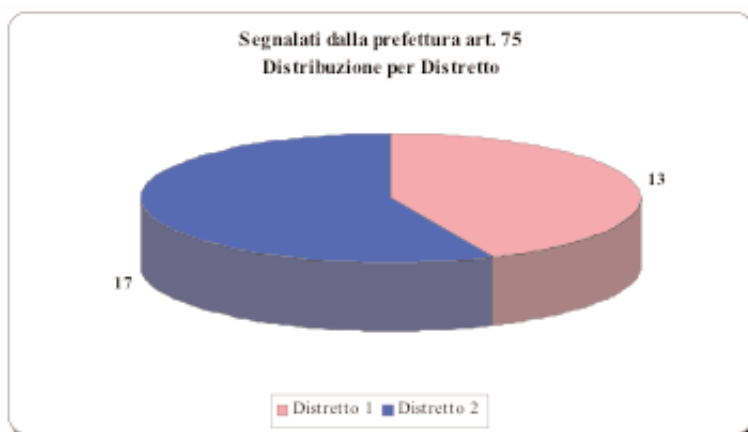
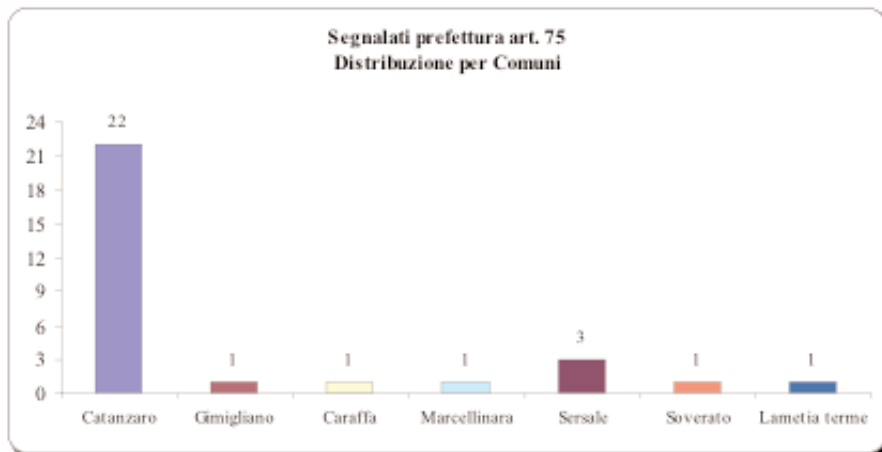
Il successivo grafico suddivide i soggetti segnalati ex-art. 121 in funzione della notorietà o meno al Servizio (soggetti già precedentemente conosciuti dal Servizio “NOTO” o non “NON NOTO”).



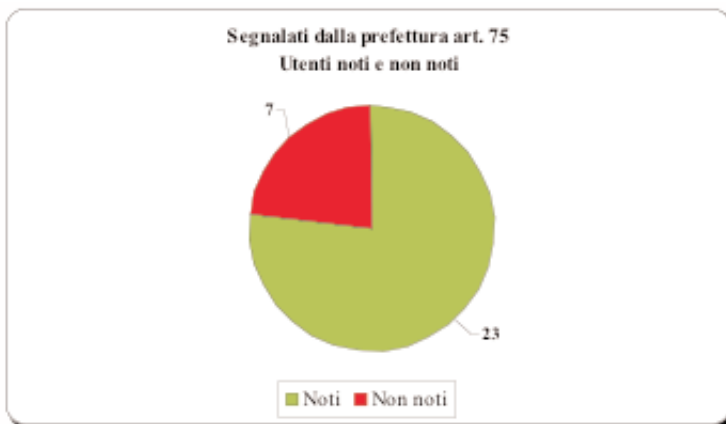
La sostanza a cui si riferisce la maggioranza delle segnalazioni ex art. 121 relative all'anno 2005 è costituita dai cannabinoidi.

### Segnalazioni ex art. 75 DPR 309/90

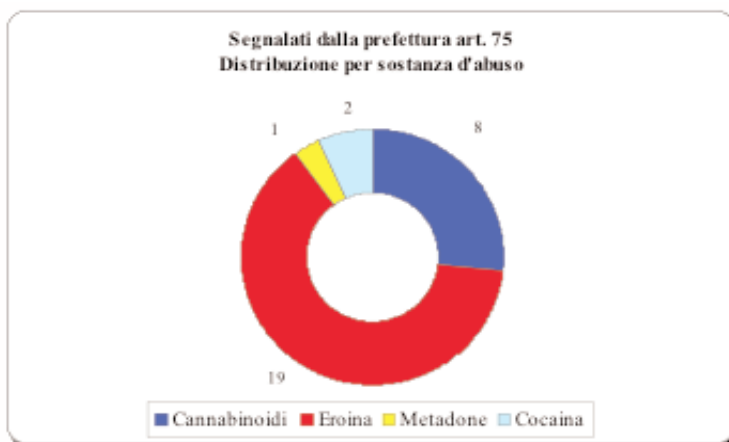
Nel 2004 le segnalazioni ex art. 75 sono state di 30 soggetti maschi. I grafici presentano la distribuzione per i Comuni e i Distretto di appartenenza.



Il sottostante grafico rappresenta la notorietà o meno presso il Ser.T. precedentemente alla segnalazione.

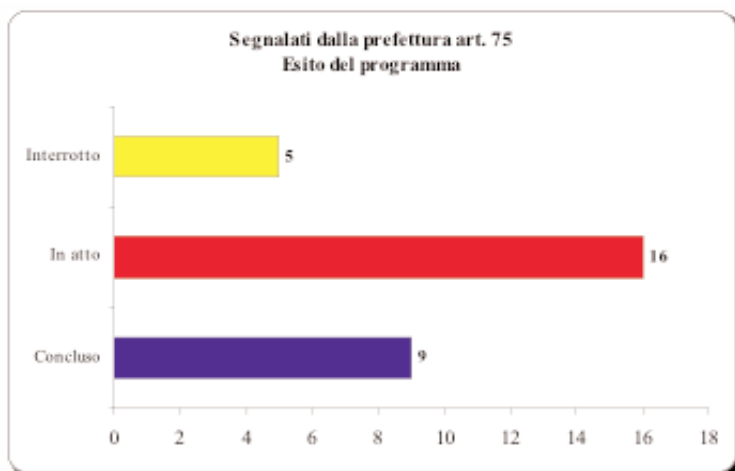


Il prossimo grafico evidenzia le sostanze causa della segnalazione ex art. 75 DPR 309/90 nel 2005.



Come si può osservare il maggior numero di segnalazioni è dovuto all'utilizzo di cannabinoidi (19), seguiti dall'eroina (13).

Nel grafico 22 sono rappresentati gli esiti dei programmi terapeutici concordati.



## **Relazione "Stop/AIDS '2005"**

### **Premessa**

In occasione della giornata mondiale per la lotta all'AIDS (1 dicembre), la Zarapoti Società Cooperativa Sociale di Catanzaro, ha proposto una iniziativa rivolta alla prevenzione ed alla informazione del virus Hiv.

Il programma definito "Stop/AIDS 2005" ha avuto un notevole contributo dall'Amministrazione Provinciale di Catanzaro - Assessorato alle Politiche Sociali, e si è svolto per l'intera giornata (mattina e sera) con la presenza dell'Unità di Strada della Cooperativa Zarapoti in due diverse zone della Città: Piazza Matteotti ed i Giardini di San Leonardo, scelte non casualmente, la prima, per la sua centralità in quanto luogo di "struscio" dei catanzaresi, la seconda perché costituisce il principale punto di ritrovo e di aggregazione dei giovani.

Per una migliore visibilità, gli Operatori impegnati, hanno usufruito della presenza dell'Unità Mobile (furgone attrezzato per interventi di prevenzione in strada) in aggiunta allo stand informativo (gazebo + tavoli) attraverso formale richiesta al Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T.) di Catanzaro.

Detta collaborazione è senz'altro servita alla buona riuscita dell'intervento, anche se le pessime condizioni climatiche, hanno reso possibile solo l'uso del furgone.

Il programma è stato così articolato:

- Distribuzione Card informativa sull'AIDS;
- Somministrazione questionario anonimo;
- Simulate sull'uso corretto del profilattico.
- Distribuzione materiale sanitario (profilattici);

### **La card informativa**

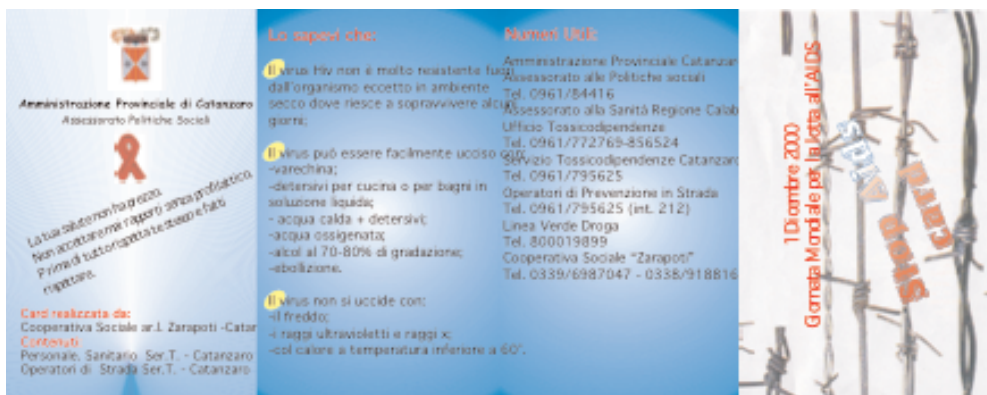
Gli Operatori di Prevenzione in Strada, della Cooperativa Zarapoti, hanno creato per l'occasione, in collaborazione con il personale medico del Ser.T. di Catanzaro, una card contenente informazioni sull'AIDS, sulle modalità di trasmissione del virus, su quando e dove fare il test di controllo dell'infezione.



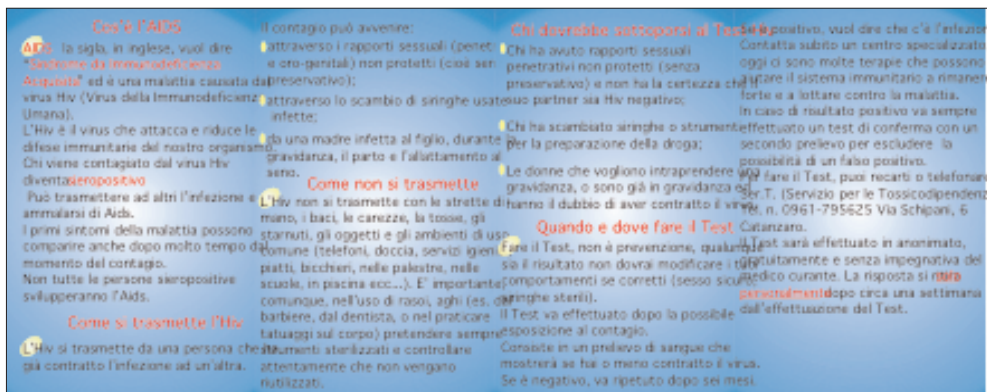
In fase di impostazione, l'équipe ha tenuto conto di diversi elementi esperenziali per arrivare ad un prodotto che potesse rispondere al meglio la propria funzione, cioè quella di informare.

Si è avuta una particolare attenzione nella cura del linguaggio, cercando di usare una forma semplice e comprensibile per tutti e per stimolare la curiosità dei ragazzi si è mirato ad un prodotto pieghevole, facile da conservare e accattivante nei colori. Una specifica sezione della card è stata riservata all'elenco dei numeri utili ai quali potersi rivolgere in caso di necessità o per semplice informazione.

### Facsimile



lato a



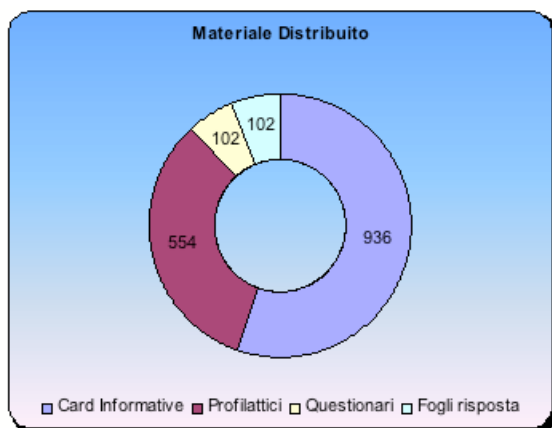
lato b

## **Distribuzione materiale sanitario e simulate sull'uso corretto del profilattico.**

Rilevante, nell'attività degli Operatori, il momento della distribuzione del materiale sanitario (profilattici), per due ordini di motivi: perché ha consentito di promuovere, specie verso i più giovani, l'uso del profilattico; perché ha permesso di suscitare dei momenti di riflessione origine di molteplici interrogativi ai quali si sono date esaurienti risposte.

Nei giovani hanno riscosso notevole interesse, le simulate sull'uso corretto del profilattico, tale pratica è stata possibile grazie al mezzo mobile che ha permesso di fruire di uno spazio riservato adeguatamente attrezzato all'interno. L'esercitazione suddivisa in due fasi è consistita nel verificare le manovre corrette sull'uso del profilattico e a modificare eventuali comportamenti a rischio.

Alla fine della giornata sono state distribuite 936 card informative, 554 profilattici, somministrati 107 questionari 107 fogli risposta.



### **Il questionario**

In vista della manifestazione, gli Operatori della Cooperativa, hanno utilizzato un questionario anonimo per sondare il livello di conoscenza della popolazione sulla trasmissione del virus HIV.

Lo strumento è stato somministrato direttamente in strada, ad un campione di 110 unità,. La rilevazione, che non ha avuto la pretesa di essere una vera e propria ricerca, (il campione testato non è rappresentativo), è stata voluta per sondare quali fossero le conoscenze di prevenzione ed informazione sull'AIDS.

Il questionario è suddiviso in 2 quadri (dati anagrafici e conoscenza), Nel quadro riguardante la parte anagrafica è stato chiesto il sesso, l'età, la scolarità e l'occupazione.

Quadro 1    Dati anagrafici		
<b>1.1 SESSO</b>	<b>1.2 ETA'</b>	<b>1.3 RESIDENZA</b>
<input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Anni    Mesi	
<b>1.4 TITOLO DI STUDIO</b>	<b>1.5 OCCUPAZIONE</b>	
1) Elementare <input type="checkbox"/>	1) Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/>	
2) Media inferiore <input type="checkbox"/>	2) Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>	
3) Media superiore <input type="checkbox"/>	3) Disoccupato <input type="checkbox"/>	
4) Diploma universitario <input type="checkbox"/>	4) In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/>	
5) Laurea <input type="checkbox"/>	5) Studente <input type="checkbox"/>	

Quadro 2    Conoscenze	
<b>2.1    Il virus HIV colpisce (una sola risposta):</b>	
1) Il cervello <input type="checkbox"/>	
2) Le difese immunitarie <input type="checkbox"/>	
3) Il sistema nervoso centrale <input type="checkbox"/>	
4) Il fegato <input type="checkbox"/>	
5) Non so <input type="checkbox"/>	
<b>2.2    Il virus HIV si trasmette attraverso (due sole risposte)</b>	
1) Il sangue <input type="checkbox"/>	
2) La saliva <input type="checkbox"/>	
3) Lo sperma o le secrezioni vaginali <input type="checkbox"/>	
4) Le lacrime <input type="checkbox"/>	
5) Non so <input type="checkbox"/>	

**2.3 Il virus HIV può essere trasmesso attraverso l'uso di strumenti per l'igiene personale**

(pettine, spazzolino, rasoio, forbici, etc.)?

- 1) Sì
- 2) No
- 3) Non so

**2.4 Il virus HIV può essere trasmesso attraverso l'utilizzo di strumenti di uso comune (bicchieri, posate, tovaglioli, sigarette etc.)?**

- 1) Sì
- 2) No
- 3) Non so

**2.5 E' possibile contrarre il virus dell'AIDS toccando una persona infetta?**

- 1) Sì
- 2) No
- 3) Non so

**2.6 Le zanzare possono trasmettere il virus dell'AIDS?**

- 1) Sì
- 2) No
- 3) Non so

**2.7 L'uso corretto del profilattico nel rapporto sessuale può ridurre o eliminare il pericolo del contagio?**

- 1) Sì
- 2) No
- 3) Non so

**Quadro 3 Informazioni**

**3.1 Pensi di essere informato sull'AIDS:**

- 1) Molto
- 2) Abbastanza
- 3) Poco
- 4) Non so

**3.2 Tutto ciò che sai sull'AIDS lo hai appreso da (più risposte):**

- 1) Famiglia
- 2) Scuola
- 3) Amici
- 4) Media (TV, giornali, riviste)
- 5) Depliant
- 6) Medico
- 7) Altro (specificare).....

**3.3 Se dovessi fornire informazioni sull'AIDS in che modo e in che luogo lo faresti:**

- | <b>Modalità</b>                            |                          | <b>Luoghi</b>                         |                          |
|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 1) Attraverso la distribuzione di depliant | <input type="checkbox"/> | 1) Scuola                             | <input type="checkbox"/> |
| 2) Attraverso spot televisivi              | <input type="checkbox"/> | 2) Famiglia                           | <input type="checkbox"/> |
| 3) Attraverso dibattiti ecc.)              | <input type="checkbox"/> | 3) Ritrovi (strade, giardini, piazze, | <input type="checkbox"/> |
| 4) Attraverso Servizi specializzati        | <input type="checkbox"/> | 4) Altro.....                         |                          |
| 5) Altro.....                              |                          |                                       |                          |

#### Quadro 4 Comportamenti

4.1 L'AIDS è un problema che riguarda solo alcune categorie di persone?  
(Tossicodipendenti, prostitute, omosessuali).

- 1) Sì
- 2) No
- 3) Non so

4.2 I malati di AIDS sono soggetti da:

- 1) Isolare
- 2) Aiutare
- 3) Compatire
- 4) Rinchiudere

4.3 Hai mai avuto rapporti sessuali occasionali non protetti (senza profilattico)?

- 1) Sì
- 2) No

4.4 Hai mai effettuato il test dell'HIV?

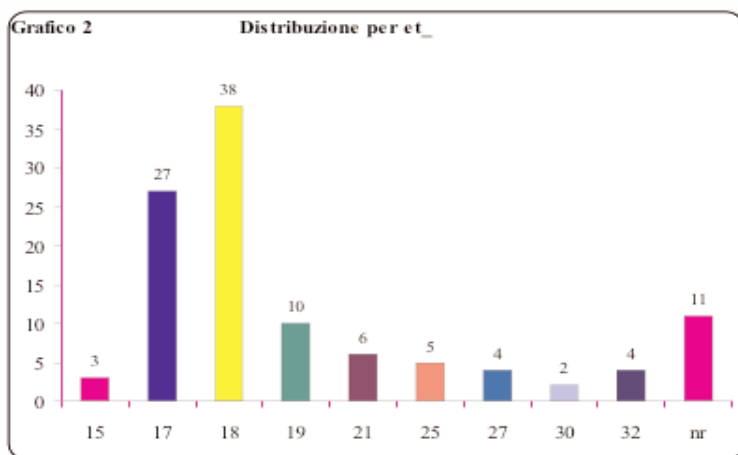
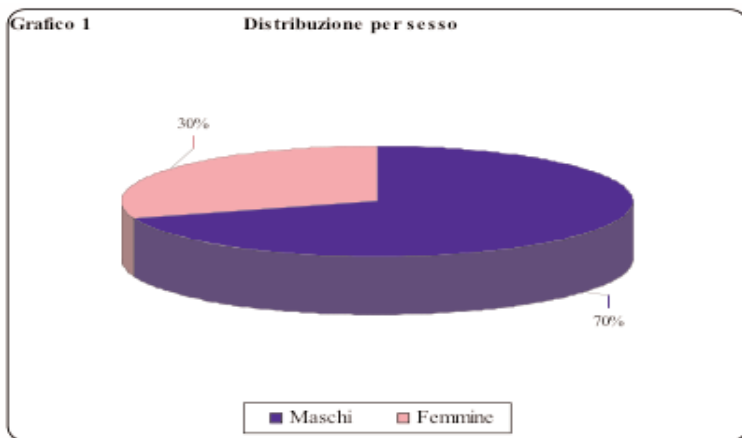
- 1) Sì
- 2) No

4.5 Se sì, perché?

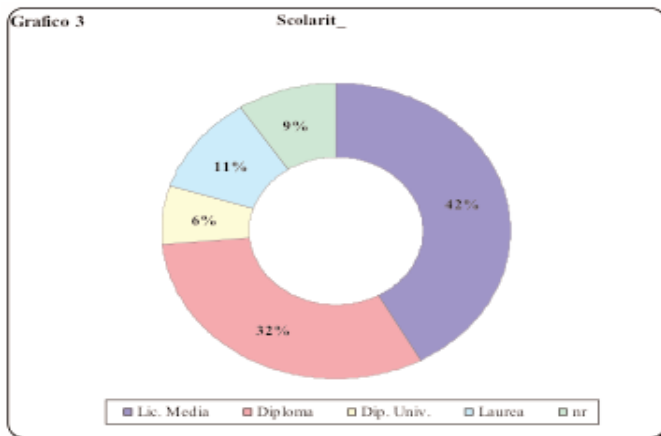
-----  
4.6 Se no, perché?

## Caratteristiche del campione

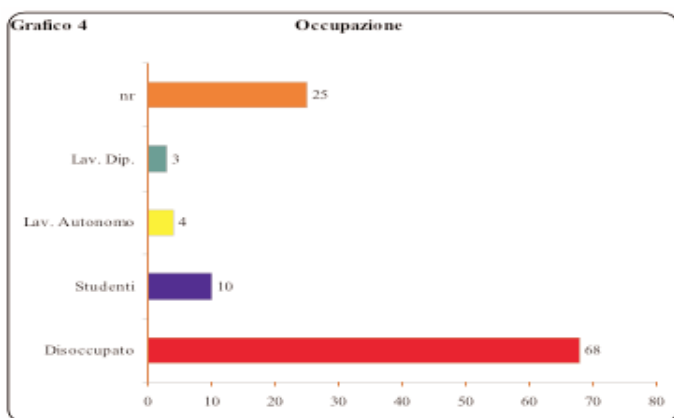
Il campione intervistato è costituito da 110 soggetti, di cui il 70% (77) sono maschi e il 30% (33) sono femmine, con un rapporto M/F di 2,3:1 (grafico 1), l'età varia tra i 15 e i 32 anni (grafico 2).



Dalla distribuzione per scolarità, emerge che il 41,8% (46) del campione possiede la licenza media inferiore; il 31,8% (35) possiede il diploma; il 6,4% (7) il diploma universitario; il 10,9% (12) la laurea; 10 non hanno fornito alcuna risposta relativa alla scolarità (grafico 3).



Dei 110 soggetti intervistati il 61,8% (68) sono disoccupati, il 9% (10) risultano studenti; il 2,7% (3) lavoratori dipendenti e il restante 3,6% (4) sono lavoratori autonomi; 25 sono i dati mancanti relativi all'occupazione (grafico 4).





## **Livello Informativo**

Nella seconda sezione del questionario sono stati inseriti 25 item, il cui scopo è stato quello di verificare il grado di conoscenza che i soggetti intervistati hanno sulle vie di trasmissione del virus HIV.

Per definire il livello informativo è stata calcolata la percentuale media di risposte corrette di ciascun items

Tale percentuale si attesta intorno al 71,7%, quindi un livello informativo abbastanza elevato che non si modifica considerando variabili confondenti quali il sesso e l'età.

## **Conclusioni**

La rilevazione ha considerato un campione variegato, composto dalla popolazione di passaggio in una piazza della città, quindi ogni elemento raccolto, (110 questionari somministrati e compilati) deve considerarsi un contributo alla conoscenza di una problematica che si riferisce a fatti legati alla salute e, oggi più che mai, alla sopravvivenza.

Gli intervistati, compresi nella fascia di età tra i 15 e i 32 anni, presentano nel complesso una discreta scolarità, infatti la fetta più consistente di essi è in possesso della licenza media (42%) e del diploma (32%).

La maggior parte delle persone coinvolte risulta essere abbastanza informata sull'argomento, ma questo non vuol significare che tale conoscenza sia corretta fino in fondo. Un'informazione mutuata da canali informali può, alle volte, essere più pericolosa di nessuna informazione, poiché conoscenze superficiali o errate possono convincere l'individuo, che a sua volta diventa veicolo di altra confusione, di essere nel giusto.

Si evince, anche, dal contesto dell'indagine che l'appartenenza all'uno o all'altro sesso non incide significativamente sui comportamenti e sulle affermazioni, ciò a sottolineare che la parità, almeno nel senso degli atteggiamenti fatalisti di fronte a problematiche gravi, purtroppo, è stata raggiunta.

Il campione composto in maggioranza da maschi (70%) disoccupati nella gran parte appare adeguarsi all'andamento nazionale risultante da analoghe rilevazioni sul tema in questione. Purtroppo, in questa circostanza, il Paese sembra ritrovare la sua unità.

## **Lineaverdedroga**

- Anno 2005 -

Il Servizio Regionale di Accoglienza Telefonica “LineaVerdeDroga” (LVD) ha gestito, nel corso dell’anno 2005, un totale di telefonate pari a 4448 di cui 1949 (43,8%) provenienti da utenza maschile e 2437 (54,8%) da utenza femminile. I riattacchi sono stati 62 pari solo al 1,4% del totale delle chiamate. (tab 1 / graf.1)

Le classi di età più rappresentate sono quelle che comprendono rispettivamente gli utenti tra i 31-40 anni (27,3%), tra i 41-60 (20%), tra i 16-19 (19,8%) e tra i 20-24 anni (14%). Seguono gli utenti con età compresa tra i 25-30 anni (8,8%), tra i 12-15 (4%), gli ultrasessantenni (0,7%) e i minori di 11 anni (0,2%). (tab.2 / graf. 2)

La suddivisione dell’utenza in categorie permette di evidenziare che usufruiscono maggiormente del servizio di LineaVerdeDroga: le persone vicine al consumatore di sostanze d’abuso ovvero parenti, amici, conoscenti e partner (29,2%); i consumatori di sostanze (19,6%) e gli operatori del Settore (19%). Seguono nella voce “altro” i cittadini in genere e gli adolescenti (13%); le madri, che da sole, raggiungono una percentuale significativa pari al 9,6% del totale dell’utenza e i padri (4,3%). Nella voce “non-rilevato” (5,2%) sono state considerate le telefonate dei soggetti che hanno esplicitamente richiesto l’anonimato e gli scherzi . (tab 3 / graf.3)

La distribuzione per sesso dell’utenza tossicodipendente rileva che un’alta percentuale degli afferenti al servizio sono maschi (79%) mentre le donne raggiungono il 21% del totale della popolazione td. ( graf. 4)

Si ritiene importante sottolineare che nella voce “altro”, buona parte delle richieste di informazione ascolto e consulenza ha avuto come protagonisti adolescenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni appartenenti, cioè, alla popolazione scolastica degli Istituti scolastici superiori coinvolta nelle attività dei Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.) durante le quali si promuove il Servizio di LVD. Quindi LVD, rispondendo ad un numero verde anonimo e gratuito, ha possibilità di avvicinare quel “sommerso” che, pur vivendo condizioni di disagio, difficilmente afferisce spontaneamente al Servizio pubblico più formale ed istituzionalizzato.

Dall’analisi globale della distribuzione delle chiamate in relazione alle zone di residenza degli utenti afferenti al servizio, Catanzaro e la sua provincia registra la percentuale più alta (39,5%) seguita da Cosenza e pro-

vincia (17,5%), Reggio Calabria e provincia (12%), Crotone e provincia (8,5%), Vibo Valentia e provincia (5%). Il dato “Regione - provincia non rilevata” (7,5%) si riferisce alle istanze di soggetti che, nel bisogno di mantenere l’anonimato, hanno dichiarato di chiamare dalla Regione Calabria senza specificarne la provincia.

Il dato “fuori regione” (5%) indica in prevalenza le richieste di orientamento per i professionisti del Settore ovvero operatori di Servizi pubblici per le Tossicodipendenze e/o Enti ausiliari presenti su territorio nazionale. (tab.5 / graf.7)

Le richieste pervenute sono state, complessivamente, 7804 e sono state aggregate e presentate nei grafici per tipologia. (tab 4 /graf.5)

- Il lavoro di consulenza-ascolto è correlato al bisogno di “essere ascoltati” che testimonia le condizioni di solitudine e sconforto che, spesso, accomunano familiari, amici e partner dei consumatori di sostanze (35,8%)
- Le richieste di orientamento verso i Ser.T. e le strutture riabilitative hanno subito un incremento soprattutto per quanto concerne le Comunità a “doppia diagnosi”, segno tangibile di quanto lo stato di tossicodipendenza sia strettamente legato a disagi di tipo psichiatrico (37%)
- Le informazioni sulle sostanze si riferiscono ad esigenze di chiarimento sugli effetti e i rischi derivanti dall’uso/abuso delle sostanze psicoattive di maggiore consumo tra i giovani: cannabinoidi, alcool, ecstasy, oltre che cocaina ed eroina. Sono pervenute inoltre, parecchie richieste di informazioni circa la dipendenza da psicofarmaci e sul tabagismo (10,8%) – (tab.6 / graf.6)
- Le informazioni legali si riferiscono a chiarimenti sul DPR 309/90 ed in particolare sugli art.li 75 e 121, cioè quelli relativi all’iter conseguente la segnalazione dei casi alle Prefetture (4,2%)
- Le informazioni sul Servizio LVD sono state pari al 5,5%
- Il dato “altro” pari al 6,8% si riferisce, infine, ad informazioni di carattere psico-sociale, a richieste di materiale informativo e ad informazioni sulle patologie correlate alla tossicodipendenza (epatiti, HIV. AIDS, malattie sessualmente trasmesse).

TABELLA 1

Variabile SESSO	v.a.	%
Femmine	2437	54,8
Maschi	1949	43,8
non rilevato	62	1,4
<b>Totale</b>	<b>4448</b>	<b>100%</b>

TABELLA 2

CLASSI di ETA'	v.a.	%
< 11	8	0,2
12 - 15	176	4
16 - 19	882	19,8
20 - 24	622	14
25 - 30	393	8,8
31 - 40	1214	27,3
41 - 60	890	20
> 60	30	0,7
non rilevato	233	5,2
<b>Totale</b>	<b>4448</b>	<b>100%</b>

TABELLA 3

CHI CHIAMA	v.a.	%
Padre	190	4,3
Madre	429	9,6
TD	874	19,6
Amici - parenti - partner	1297	29,2
Professionisti	848	19,1
Altro	577	13
non rilevato	233	5,2
<b>Totale</b>	<b>4448</b>	<b>100%</b>

**TABELLA 4**

<b>COSA CHIEDONO</b>	<b>v.a.</b>	<b>%</b>
Infosostanze	839	10,8
Infolegislative	324	4,2
Info LVD	430	5,5
Consulenza/Ascolto	2795	35,8
Info/Orientamento	2889	37
Info varie	527	6,8
<b>Totale</b>	<b>7804</b>	<b>100%</b>

**TABELLA 5**

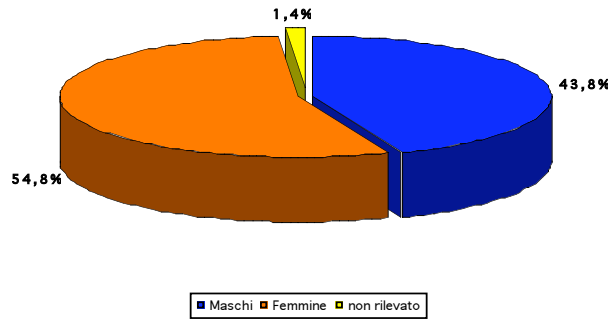
<b>DA DOVE</b>	<b>v.a.</b>	<b>%</b>
Catanzaro e prov.	1757	39,5
Cosenza e prov.	778	17,5
Reggio Calabria e prov.	525	12
Crotone e prov.	376	8,5
Vibo Valentia e prov.	220	5
Regione (prov. n.r.)	334	7,5
Fuori Regione	225	5
n.r.	233	5,2
<b>Totale</b>	<b>4448</b>	<b>100%</b>

**TABELLA 6**

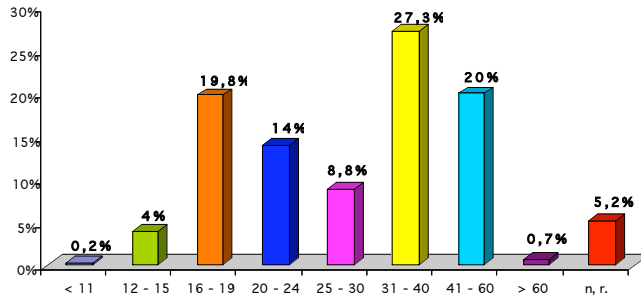
<b>INFOSOSTANZE</b>	<b>v.a.</b>	<b>%</b>
Cannabis	310	37
Cocaina	175	21
Ecstasy	39	4,6
Alcool	110	13
Eroina	58	7
Metadone	15	1,8
Tabacco	32	3,8
Lsd	24	3
psicofarmaci	67	8
funghetti allucinogeni	9	1
<b>Totale</b>	<b>839</b>	<b>100%</b>

graf. 1

LVD :

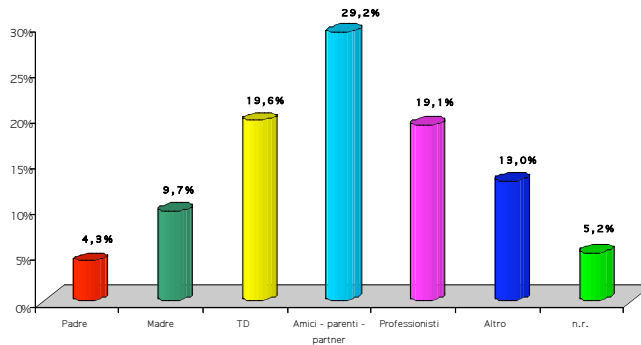


graf. 2



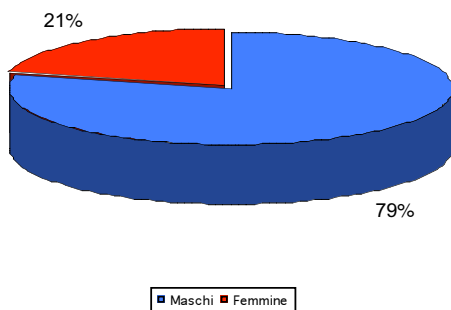
graf. 3

LVD 2



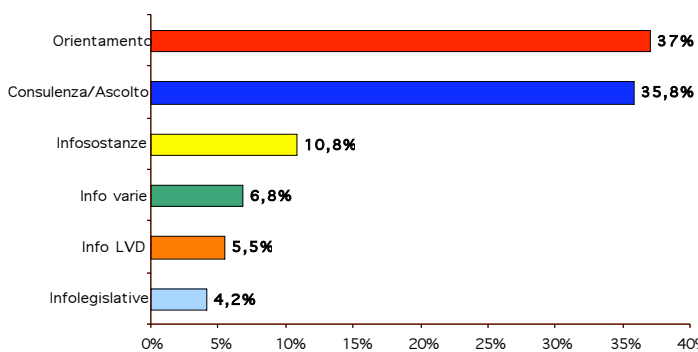
graf. 4

L



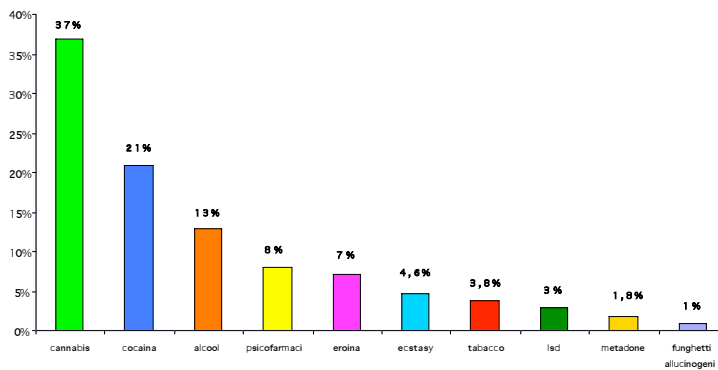
graf. 5

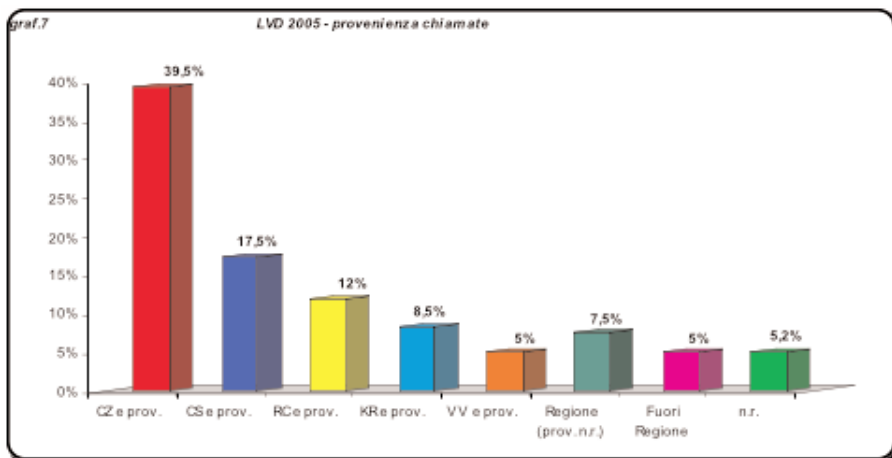
tipologia richieste



graf. 6

L

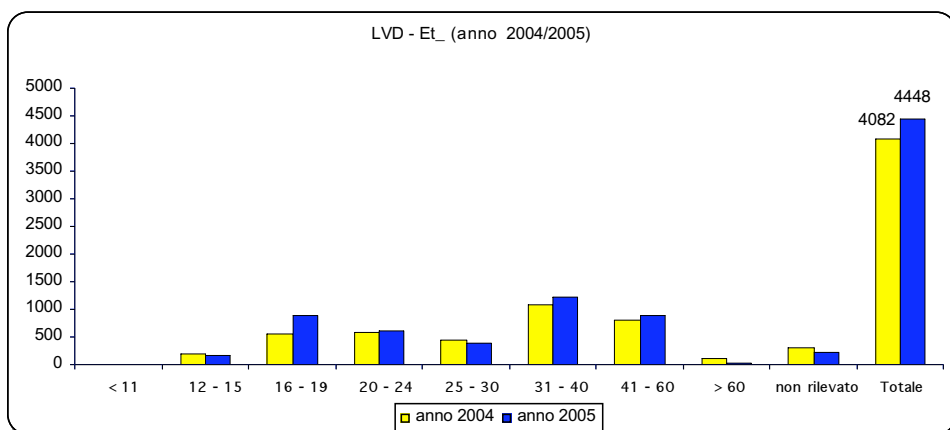




## Linea Verde Droga

- variazioni al 2004 (%) Età -

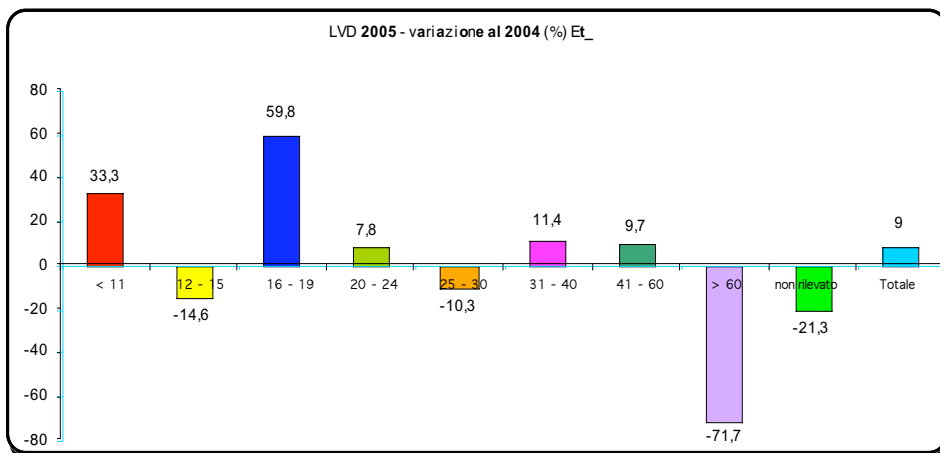
CLASSI di ETA'	anno 2005	anno 2004	variazione al 2004 (%)
< 11	8	6	33,3
12 - 15	176	206	-14,6
16 - 19	882	552	59,8
20 - 24	622	577	7,8
25 - 30	393	438	-10,3
31 - 40	1214	1090	11,4
41 - 60	890	811	9,7
> 60	30	106	-71,7
non rilevato	233	296	-21,3
<b>Totale</b>	<b>4448</b>	<b>4082</b>	<b>9</b>



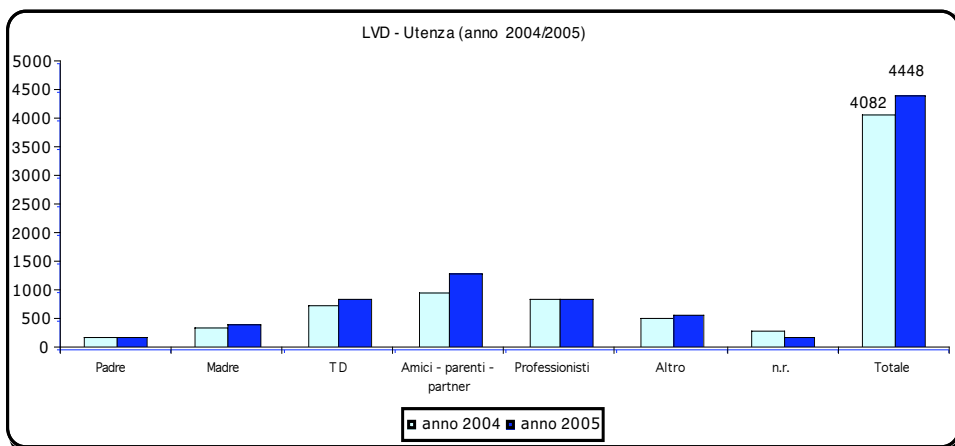


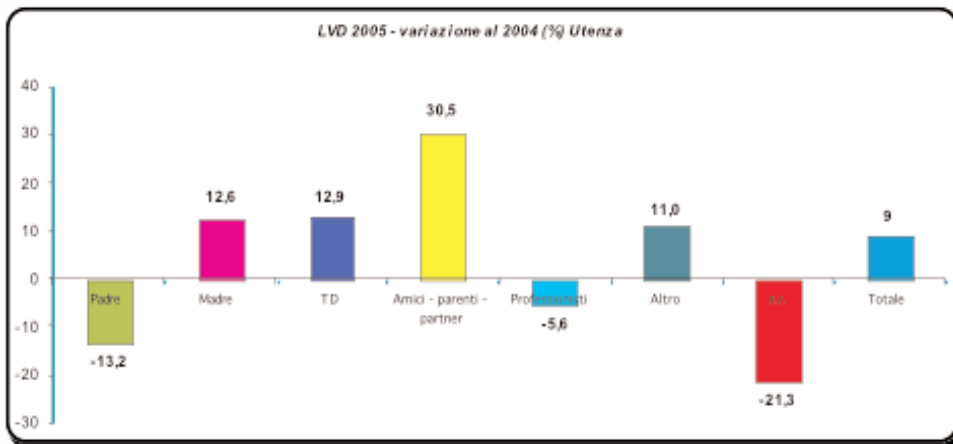
## Linea Verde Droga

- variazioni al 2004 (%) Utenza-



CHI CHIAMA	anno 2005	anno 2004	variazione al 2004 (%)
Padre	190	219	-13,2
Madre	429	381	12,6
TD	874	774	12,9
Amici - parenti - partner	1297	994	30,5
Professionisti	848	898	-5,6
Altro	577	520	11,0
n.r.	233	296	-21,3
<b>Totale</b>	<b>4448</b>	<b>4082</b>	<b>9</b>





## **Attività' esterne del servizio Regionale di accoglienza telefonica "LINEAVERDEDRUGA" - anno 2005**

### **Centri di informazione e consulenza (C.I.C.)**

Partecipazione delle operatrici del Servizio LVD ai Centri di Informazione e Consulenza (CIC) attivati negli Istituti Scolastici Superiori di Catanzaro

- Interventi di informazione e prevenzione sui rischi derivanti dall'uso/abuso di sostanze stupefacenti
- Sensibilizzazione sulle altre forme di dipendenze nell'adolescenza
- Informazione sul Servizio di Accoglienza Telefonica "LineaVerdeDroga"
- Ascolto/consulenza individuale e di gruppo

### **Promozione servizio LVD a tirocinanti di professioni sociosanitarie**

- Ente promotore  
Ser.T. in collaborazione con LineaVerdeDroga
- Tipologia di intervento  
Informazione sul Servizio LVD
- Durata  
Una giornata per gruppo

- Descrizione contenutistica  
Storia, progetti, attività ed obiettivi su LineaVerdeDroga
- Destinatari e persone coinvolte  
Assistenti sociali, terapisti occupazionali, educatori professionali tirocinanti
- Importo finanziamento  
A carico A.S. n.7

### **Manifestazione sportiva “5000 IN STRADA” - 2<sup>A</sup> Edizione**

- Ente promotore  
Aics Free Marathon in collaborazione con LineaVerdeDroga - Ser.T.
- Tipologia di intervento  
Gara podistica
- Durata  
Una giornata
- Descrizione contenutistica  
Sviluppare nell’occasione un processo di consapevolezza sull’esistenza del Servizio LVD e sulle diverse tematiche legate alla tossicodipendenza.
- Destinatari e persone coinvolte  
Giovani, adulti ed atleti residenti nell’ambito territoriale dell’AS 7
- Importo finanziamento  
Promozione numero verde a carico LVD

### **Progetto “HECO”**

- Ente promotore  
LineaVerdeDroga in collaborazione con il Ser.T.
- Tipologia di intervento  
Informazione sul Servizio LVD e prevenzione/informazione sulle varie forme di dipendenza
- Durata  
Un anno
- Descrizione contenutistica  
Promozione del Servizio e del suo numero verde.

Conoscenza e sensibilizzazione sulle forme di dipendenza e i rischi legati all'uso/abuso di sostanze psicoattive con distribuzione di materiale informativo

- Destinatari e persone coinvolte

Tutti i cittadini della Regione Calabria

- Importo finanziamento

A totale carico del Servizio LVD

### **Torneo sportivo di Basket e Calciotto a 5**

- Ente promotore

LineaVerdeDroga in collaborazione con il Ser.T. e l'Istituto di Istruzione Superiore "E. Fermi" di Catanzaro

- Tipologia di intervento

Informazione sul Servizio LVD. Prevenzione/informazione sulle varie forme di dipendenza nell'adolescenza c/o il Centro Polisportivo di Giovino- Catanzaro

- Durata

Una giornata

- Descrizione contenutistica

Sviluppare nell'occasione ludico- sportiva un processo di consapevolezza sull'esistenza del Servizio LVD e del suo numero verde.

Conoscenza e sensibilizzazione sulle forme di dipendenza e i rischi legati all'uso/abuso di sostanze psicoattive con distribuzione gadgets di materiale informativo sul Servizio e le sostanze.

- Destinatari e persone coinvolte

Studenti del Liceo Scientifico (Sedi CZ Lido e Sersale) e del Liceo sociopsicopedagogico

- Importo finanziamento

A totale carico del Servizio LVD

**METADONE E REINSERIMENTO SOCIALE**  
*Regione Calabria – Azienda Sanitaria N.7*  
*Dipartimento delle dipendenze*  
*U.O.C. Servizio per le Tossicodipendenze - SER.T.*  
*Direttore: Dott. Bernardo S. Grande*  
*Dirig. Medico - Dr.ssa Maria Giulia Audino*  
*Dirig. Sociologo - Dott. Eugenio Nisticò*

***Introduzione***

Tra le politiche connesse alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza il *reinserimento sociale* costituisce uno dei punti nodali dell'azione del Ser.T. di Catanzaro, in questa ottica un'importante supporto è rappresentato dalla terapia farmacologica con metadone idro-cloridrato sciroppo.

Esistono ormai numerose evidenze scientifiche che il metadone a mantenimento è un trattamento efficiente per la dipendenza da eroina. Infatti, riduce efficacemente l'utilizzo di oppiacei illegali e le morti per overdose, diminuisce la frequenza di pratiche iniettive, lo scambio di siringhe e la trasmissione di HIV. Il ruolo svolto dai programmi metadonici ai fini della riduzione del rischio di infezione da HIV è oggi universalmente riconosciuto anche in sede di organismi sovranazionali e comunitari, che includono sempre più spesso, nelle loro risoluzioni, messaggi finalizzati ad incentivare l'organizzazione di questi programmi da parte degli stati membri. Basta ricordare la Delibera dell'OMS a Ginevra del 18/20 Gennaio 1988 o quelle del Consiglio dei Ministri CEE a Bruxelles del 16 Maggio e del 13 Novembre 1989.

Per quanto riguarda lo stato della ricerca, su questo argomento, al di fuori degli Stati Uniti, vale la pena di citare il gruppo di ricercatori e clinici come Blix, Gronbladh e Gunne in Svezia, Dèglon in Svizzera, Mason in Inghilterra, Vossenbergh in Olanda, Loimer in Austria, Caplehorn e Bell in Australia, Lauzon in Canada, Hannifin in Nuova Zelanda, Heical in Israele, che insieme ad altri colleghi in europa e nel mondo stanno conducendo esperienze e studi sui programmi metadonici nei loro rispettivi paesi.

Dalla collaborazione internazionale di questi ricercatori e di quelli degli Stati Uniti è nato nel 1989 a Newport l'International Methadone

Advisory Group che ha sede a New York al quale possono riferirsi gli operatori di tutto il mondo che intendono impiantare e condurre questo genere di programmi. Con l'aiuto e la consulenza dell'IMAG è possibile mettere a frutto le migliori esperienze, utilizzare la dovizia di materiali scientifici accumulati per oltre un quarto di secolo, e rifugiare così dalle improvvisazioni evitando esperienze negative il cui prezzo è destinato a ricadere puntualmente sulle spalle dei tossicodipendenti e, di riflesso, sull'intera collettività.

Nonostante l'oppio sia impiegato da diversi secoli, il suo meccanismo d'azione è stato individuato nel 1973, le scoperte e la dimostrazione di siti di legame altamente specifici per le sostanze oppiacee nel SNC e a livello intestinale. (Pert e Snyder 1973; Simon et al., 1973; Terenius, 1973). La presenza di questi recettori nel SNC ha fatto ritenere che in condizioni naturali fossero presenti nel cervello sostanze capaci di fissarsi elettivamente ad essi. Indagini condotte in tali direzioni sia in Inghilterra che in Svezia hanno dimostrato l'esistenza a livello del SNC di peptidi oppioidi endogeni (Hughes et al., 1975; Terenius, 1973). Si tratta di peptidi a catena lunga (endorfine) o a catena breve (enkefaline). Dopo circa cinque anni è stato individuato un fattore ipofisario provvisto di potente attività oppioide, cioè la dinorfina. Allo stato attuale si conoscono numerosi peptidi che sono provvisti della medesima attività e possono comportarsi come neurotrasmettitori, neuro-ormoni o come ormoni.

Il metadone è stato studiato per oltre 25 anni ed il suo uso terapeutico è risultato essere completamente innocuo, "perfectely safe", così come ormai viene definito anche dagli organismi pubblici americani quali l'U.S. Office of Drug Abuse Policy, il Domestic Council of the White House, la New York State Division for Substance Abuse Services, dopo aver preso atto dei risultati di ricerche condotte in modo rigoroso su campioni rilevanti di pazienti sottoposti a terapia per anni e, attualmente, anche sui loro figli. E' stato anche riferito che la beta-endorfina ed il metadone possono accentuare il comportamento autistico in soggetti schizofrenici; tuttavia, in questi soggetti non è stato documentato un incremento di peptidi oppioidi e/o di beta-endorfine e, secondo alcuni autori in seguito alla somministrazione di peptidi oppioidi si verificherebbe un miglioramento della sintomatologia.

Il trattamento di mantenimento con metadone migliora evidentemente la qualità della vita, compresa la cura che il tossicodipendente ha per la propria salute e aumenta la possibilità di reinserimento nella realtà produttiva.

Quindi i trattamenti a metadone offrono quale valore aggiunto in termini di benefici, al di là del livello strettamente terapeutico, anche una continuità di rapporto con i Servizi favorendo quindi anche il reinserimento sociale, con specifici programmi integrati, dei soggetti in cura.

Tutti gli effetti delle sostanze oppioidi e oppiacei dipendono dall'interazione con recettori di membrana il cui ruolo fisiologico è correlato a quello di specifici peptidi endogeni. Recettori e peptidi costituiscono un sistema complesso, implicato nel controllo di comportamenti, quali risposta allo stress, motivazione, termoregolazione o respirazione, essenziali per la sopravvivenza dell'individuo e della specie. In accordo con il modello recettoriale a due stati, che prevede per ciascun recettore l'equilibrio fra una forma costituzionalmente attivata ed una inattiva ma attivabile, i farmaci oppioidi si distinguono in agonisti, agonisti parziali, antagonisti, agonisti inversi parziali ed agonisti inversi.

Per quanto premesso, questo lavoro si è posto l'obiettivo, in un Ser.T. calabrese, di valutare l'efficacia del trattamento metadonico attraverso i risultati ottenuti in termini di *reinserimento sociale* mediante la modulazione dell'inserimento lavorativo. La valutazione si riferisce nella fattispecie agli utenti in carico nell'anno 2002, e per la scelta dei soggetti analizzati si è scelto il sistema random applicato solo a quelli in trattamento presso l'ambulatorio sito in Via Schipani in Catanzaro.

### *Alcune caratteristiche dell'utenza del Ser.T.*

Nel corso dell'anno 2002 sono stati presi in carico dal Ser.T. di Catanzaro 756 soggetti tossicodipendenti con un incremento pari al 10,9% rispetto all'anno 2001.

Distinguendo l'utenza per sesso, si rilevano 689 maschi e 67 femmine con un rapporto "maschi/ femmine" pari a 10,3 - tale valore conferma ancora una volta che la tossicodipendenza trova maggiore diffusione tra il sesso maschile

Si osserva come fra gli utenti nuovi la fascia d'età maggiormente rappresentata è compresa tra 25/29 anni (24,6%) subito seguita da quella compresa tra 30/34 anni (21,8%)

Simile la situazione degli utenti già in carico, comunque sempre più numerosi nella fascia d'età compresa tra 25/29 anni (24,2%).

## Trattamenti a metadone nell'anno 2002

Trattamento	nel Servizio	in strutt. riabilitativa	in carcere	TOTALE
Breve termine	104	75	3	182
Medio termine	13	6	10	29
Lungo termine	108	6		114
TOTALE	225	87	13	325

### *Metodologia e presentazione dei risultati*

Il campione, estratto tra quanti sono stati o si trovavano in trattamento metadonico è reinseriti nel mondo del lavoro, è composto da 25 elementi di cui 19 maschi e 6 femmine, al momento dello studio di età compresa tra 19 e 44 anni, dei quali 18 residenti nella città di Catanzaro e 7 di alcuni centri della Provincia.

I dati - rilevati dalle cartelle cliniche - sono presentati attraverso tabelle esplicative e riassuntive; la prima è composta da 8 colonne con: numero d'ordine, sesso, codice cartella, l'età in anni al momento della rilevazione, il trattamento a metadone, il titolo di studio posseduto e il tipo di reinserimento sociale attraverso l'attività lavorativa. La seconda si presenta con il numero d'ordine correlato alla tabella precedente, con l'eventuale consulenza infettivologica, il trattamento se esistente, e per una verifica della continuità dei risultati anche con la condizione lavorativa aggiornata all'anno in corso. Le righe evidenziate si riferiscono alle utenti di sesso femminile.



N°	Sex	Codice cartella	Età anni	Resid	Met	Titolo di studio	Reins. sociale
1	M	14/98 inizia a 17 anni	40	Catanzaro	L a 40	Lic. Media	Borsa lavoro
2	M	300/90/18 inizia a 18 anni	33	Catanzaro	L a 40	Diploma	Borsa lavoro
3	M	313/92/17 inizia a 21 anni	30	Tiriolo	L a 50	Lic. Media	Muratore
4	F	147/87 inizia a 21 anni	30	Catanzaro	L a 30	Diploma	Corso univers. Inferm.professiona
5	M	154/02/7 inizia a 18 anni	19	Catanzaro	L a 30	Lic. Media	Borsa lavoro
6	M	169/89 inizia a 18 anni	38	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Operaio ANAS
7	M	63/97/7 inizia a 19 anni	24	Catanzaro	L a 25	Diploma	Contr. tempo determ. Reg. Cal. pe pulizia dei fiumi
8	M	151/02/7 inizia a 20 anni	37	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Borsa lavoro
9	M	306/91/18 inizia a 19 anni	36	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Borsa lavoro
10	M	43/83/18 inizia a 19 anni	42	Catanzaro	L a 80	Diploma	Borsa lavoro – iscritto Scienze Ar Univers. CZ
11	M	187/97/7 inizia a 21 anni	37	Sellia Mar.	Drug free	Lic. Media	Autista camion in Ditta privata
12	F	108/99/7 inizia a 19 anni	22	Catanzaro	L	Lic. Media	Corso informatica per Borsa lavoro
13	M	171/00/6 inizia a 19 anni	23	Soveria Man.	Drug free	Diploma	Iscritto Università in Lettere Moder
14	M	75/00/7 inizia a 22 anni	25	Caraffa	L a 60	Lic. Media	Muratore
15	F	43/99/6 inizia a 19 anni	24	Soveria Man.	Drug free	Diploma	Lavora in Coop. Sociale
16	M	153/84/18 inizia a 22 anni	42	Catanzaro	L a 20	Diploma	Elettricista in proprio
17	F	30/98/7 inizia a 16 anni	21	Catanzaro	Drug free	Lic. Media	Cameriera in ristorante
18	M	226/99/7 inizia a 21 anni	26	Catanzaro	L da 60 a 0	Lic. Media	Co. Co. Co. per Teleperformance
19	M	42/87/7 inizia a 18 anni	43	Zagarise	L a 80	Lic. Media	Carroziere
20	M	21/89/7 inizia a 20 anni	44	Catanzaro	Drug free	Diploma	Dipendente Regionale
21	M	189/95/7 inizia a 15 anni	26	Catanzaro	L a 25	Lic. Media	Borsa lavoro
22	M	91/96/7 inizia a 17 anni	28	Catanzaro	L	Lic. Media	Operaio FIAT a Torino
23	F	49/95/7 inizia a 15 anni	36	Catanzaro	B da 40 a scalare	Lic. Media	Negoziante di fiori in proprio
24	M	246/98/7 inizia a 20 anni	24	Botricello	B da 40 a scalare	Diploma	Azienda agricola familiare
25	F	48/99/7 inizia a 18 anni	24	Catanzaro	L a 40	Diploma	Ragioniera in cartolibreria paterna

Dalla tabella precedente si evidenzia in 31 anni l'età media del campione di cui i componenti risultano per il 60% essere in possesso della licenza di scuola media e il rimanente 40% del diploma di scuola media superiore. Di 18 anni e mezzo è invece l'età media di inizio dell'uso di sostanze. Gli operatori del Servizio hanno inserito in "Borsa lavoro" sette uten-

ti pari al 28% del totale, mentre alcuni altri hanno trovato occupazione temporanea o definitiva con l'aiuto degli stessi operatori e altri ancora in maniera autonoma. Ben due (8%) si sono iscritti a corsi universitari e una (4%) a laurea breve. In alcuni casi è stata utile la rete strutturata con il medico di medicina generale e/o i datori di lavoro. In altre occasioni sono state invece coinvolti direttamente familiari. Per queste figure onde consentire un migliore approccio con la problematica, il Servizio ha predisposto dei gruppi di informazione e formazione.

## Trattamenti

N	Consulenza infettivologica	Trattamento	Proseguo attività lavorativa nel 2003
1	SI	Farmacologico HCV - vaccinato	continua
2	SI	Non necessita - vaccinato	interrotta
3	SI	Farmacologico HCV - vaccinato	continua
4	SI	Non necessita - vaccinato	continua
5	Non necessita		continua
6	SI	Rifiuta - vaccinato	continua
7	Non necessita	vaccinato	continua
8	Non necessita		continua
9	SI	Rifiuta - rifiuta vaccinazione	continua
10	SI	Interrotto per effetti collaterali - vaccinato	continua
11	SI	Rifiuta - vaccinato	continua
12	SI	Progetto sperimentale ISS e valut. tratt. vaccinata	continua
13	SI	Farmacologico HCV - vaccinato	continua
14	SI	Rifiuta (la decisione della CT è stata adottata dall'equipe per la paura del soggetto che temeva il rischio di tornare a farsi) vaccinato	Interrotta Ora in C.T.
15	SI	Farmacologico - Studio Nocchiero - vaccinato	continua
16	SI	Rifiuta	continua
17	SI	vaccinata	continua
18	SI	Farmacologico - vaccinato	interrotta
19	Non necessita	vaccinato	continua
20	SI	Farmacologico HCV + HIV	continua
21	Non necessita	vaccinato	Lavoro occasionale
22	SI	Trasf. a Torino - vaccinato	continua
23	SI	Studio Nocchiero	Altro lavoro
24	SI	Studio Nocchiero - vaccinato	interrotta
25	SI	Studio Nocchiero - vaccinata	interrotta

La tabella evidenzia come per la maggior parte dei casi il *reinserimento sociale* stia continuando anche nell'anno 2003 e che pochi sono stati i fallimenti relativi all'inserimento lavorativo.

N.B. quelli che rifiutano il trattamento si sottopongono comunque al protocollo clinico che prevede esami ematochimici e virologici ogni 6 mesi.

Lo Studio Nocchiero consiste in una somministrazione farmacologica per la cura dell'epatite C in soggetti tossicodipendenti in trattamento con metadone cloridrato sciroppo (in collaborazione con la Cattedra di Malattie Infettive dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro).

### *Conclusioni*

Dal presente lavoro si deduce che il trattamento a metadone a mantenimento favorisce la riduzione dell'uso di eroina e di altre sostanze illegali e previene l'infezione da HCV, (HBV) e HIV, migliorando la qualità della vita relativamente alla salute nel suo complesso, riducendo il coinvolgimento in attività criminali e le carcerazioni. A differenza di eroina o morfina, che hanno un'azione farmacologica short-acting, la lunga emivita del metadone ne favorisce, in modo particolare, l'azione terapeutica, riequilibrante sul piano timico, qualora sia stata indotta una adeguata tolleranza farmacologica. Il metadone non interferisce né con l'attività motoria, né con quella cognitiva del paziente, ciò significa che il farmaco non funziona come "droga". Non essendo, inoltre, dannoso per la salute fisica e mentale dei pazienti, può essere usato, ai dosaggi adeguati per periodi anche molto lunghi, quelli che, normalmente sono necessari per determinare significativi cambiamenti nel comportamento dei tossicodipendenti e, in ultima analisi, per risolvere una tossicodipendenza da eroina. Inoltre, la somministrazione del farmaco crea le condizioni per un auspicabile inserimento sociale attraverso il conseguente inserimento nel mondo produttivo. L'attività lavorativa ricostruisce l'autostima aumentando il senso di responsabilità verso se stessi e la società della quale si è chiamati a far parte; l'indipendenza economica che ne scaturisce crea le condizioni per avviare un processo di affrancamento dalla subordinazione dagli altri, sia che essa nasca dall'entourage familiare sia che dipenda dalla pubblica assistenza. I programmi di metadone a mantenimento o a scalare dimostrano dunque la loro efficacia quando supportati da counselling, corretto inquadramento diagnostico, interventi sociali e "contratti terapeutici" adeguati che, mirano a ricostruire per il soggetto la giusta rete di Servizi per l'importante obiettivo dell'inserimento sociale. Restituire un assistito al mondo con le sue potenzialità e capacità pronte ad essere spendibili è sicuramente il traguardo più importante che si possa raggiungere nell'ambito della propria attività professionale.

## ***Bibliografia***

IL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO DELLA DIPENDENZA  
DA OPIACEI.

Quaderni Italiani di Psichiatria, IX,3,1992

MANUALE DEL TRATTAMENTO AMBULATORIALE CON  
METADONE

I. Maremmani – P. Castrogiovanni

Edizioni S.I.M.S. / C.N. – M.P.C.

HIV E COUNSELING

E. Bravi – G. Serpelloni

Edizioni “La Grafica” - Anno 1999

FARMACOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE SINAPTICA

G. Nisticò

Edizioni Pythagora Press – Anno 1986

GIORNALE ITALIANO DI MALATTIE INFETTIVE

Guadagnino – Montesano – De Sarro – Antinori – Mellace – Audino  
– Biancolilli – Calabria Carioti – D’Alessio – De Santis – Grande –  
Guaglianone – Maio – Serino - Trotta

Supplemento 1 al Volume 9

Edizioni Medico Scientifiche - Pavia – Anno 2003

BEHAVIOURAL AND ELECTROCORTICAL POWER SPEC-  
TRUM AFFECTS AFTER INTRACEREBRAL MICROINFUSION  
OF INTERLEUKIN-2 IN RATS.

G.B. De Sarro – C. Ascoti – M.G. Audino – Y. Masuda – G. Nisticò

Congresso Internazionale Società Italiana di Farmacologia – Palermo  
– Aprile 6-7 1989.

Pharmacol. Res. 21, 45-46

SCHEDE RILEVAZIONE MINISTERIALI – SER.T. CATANZARO

Anno 2002

LINEE GUIDA SUL METADONE

A. Vester – E. Buning

Edizioni EuroMen – Anno 2000

MEDICINA DELLE TOSSICODIPENDENZE

Italian Journal Of The Addictions

Settembre 2001 anno IX numero 32

**TRATTAMENTO AMBULATORIALE FARMACOLOGICO  
CON BUPRENORFINA (BPN)**

*Direttore Ser.T Grande S. Bernardo,  
Dirigente medico Audino M. Giulia,  
Dirigente Sociologo Nisticò Eugenio,  
Dirigente Psicologo Mancuso Maria,  
Assistente Sociale Campanelli Marsilia,  
Statistico Magro Alessandra,  
Computer grafica Feroletto Oreste.*

Nell'ambito dei trattamenti farmacologici ambulatoriali del Servizio per le Tossicodipendenze di Catanzaro, un aspetto rilevante è stato rappresentato dalla Buprenorfina (BPN).

Le caratteristiche della molecola hanno sicuramente riscontrato i favori dei medici del Ser.T. che hanno visto nel nuovo farmaco ampie prospettive terapeutiche, che diversificassero la scelta delle opzioni farmacologiche-sostitutive, affiancando così l'unica legata al metadone (MTD).

Questa presentazione si riferisce agli utenti in trattamento farmacologico a Subutex nel Ser.T. di Catanzaro, negli anni 2003/2004.

Sul Servizio ricadono due Distretti (180.000 ab.), per cui un grafico presenta il dato complessivo mentre gli altri grafici si riferiscono al Distretto n.2, selezionato per una maggiore presenza di utenti in trattamento integrato.

La comparazione tra gli utenti trattati nell'anno 2003 e del 2004 evidenzia, in lieve ma deciso trend in crescita (Grafico 1; Grafico 2).

La fascia d'età maggiormente coinvolta per l'anno 2003 e quella tra i 25 e i 29 anni, e risultano aver aderito al trattamento farmacologico utenti dalla cui anamnesi si rivelano assuntori di eroina da circa sei anni (Grafico 3).

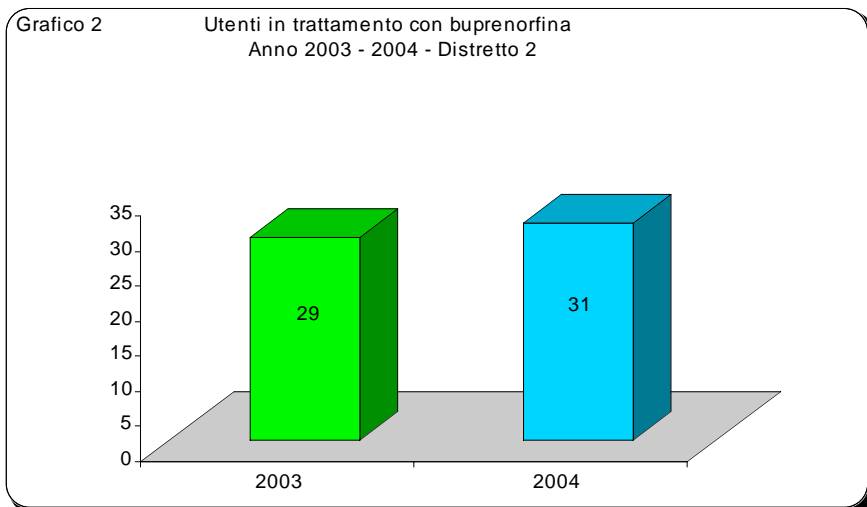
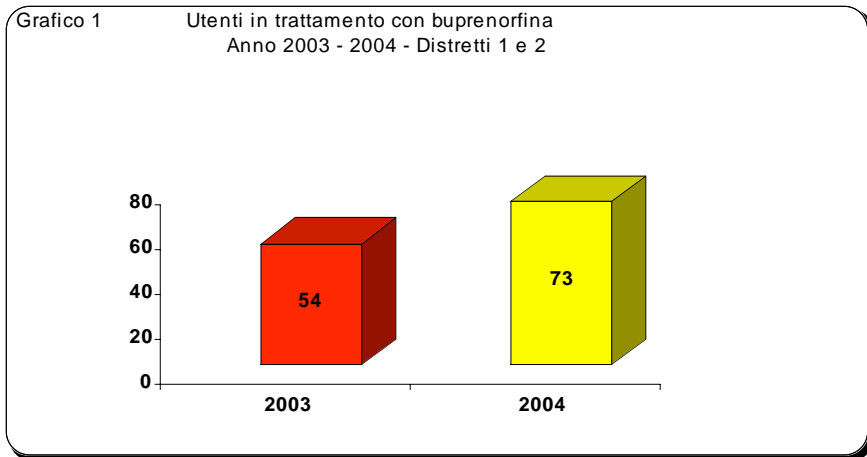
Per lo stesso anno, il tempo di trattamento con Buprenorfina (BNP) si divide equamente tra il lungo e il medio termine, solo il 6,8% rientra in quello a breve termine (Grafico 4).

Nell'anno 2004 la fascia d'età maggiormente rilevante è tra i 20 e i 24 anni - mentre si mantiene abbastanza alta quella immediatamente successiva (Grafico 5).

Si ipotizza che tale variazione possa dipendere da due fattori significativi e concomitanti: una sensibilizzazione che il Servizio ha promosso sulla

conoscenza degli effetti del farmaco ed il fattore trainante di quanti trattati farmacologicamente ne hanno riferito nell'ambiente.

I tempi di trattamento in questo anno 2004 si presentano estremamente variati, rispetto all'anno precedente, poichè da una metanalisi dei dati si è riscontrato che un tempo più lungo evita eventuali ricadute, infatti, il 74,1% si trova adesso nel lungo termine con metaboliti urinari sempre negativi (Grafico 6).



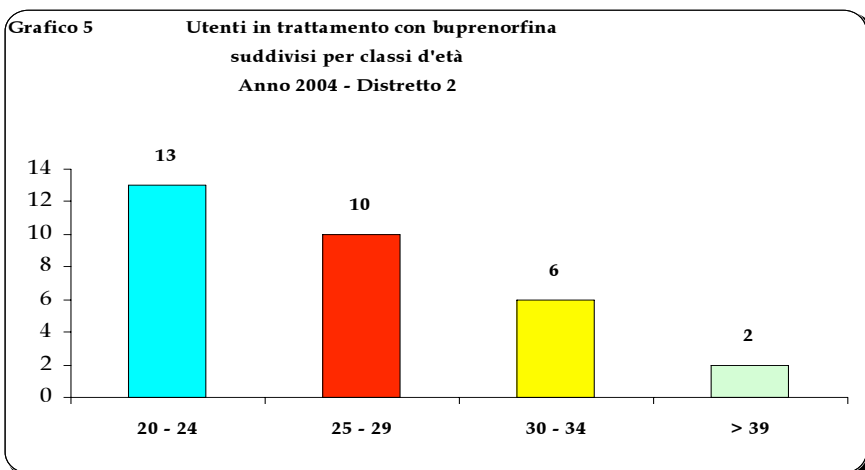
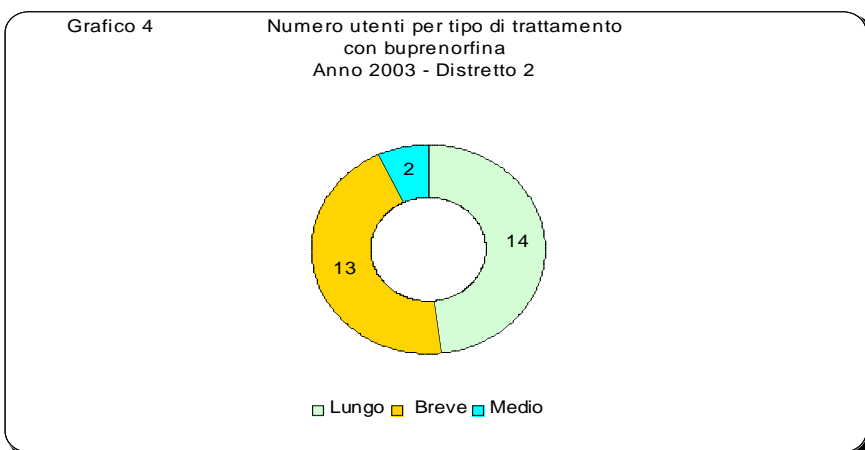
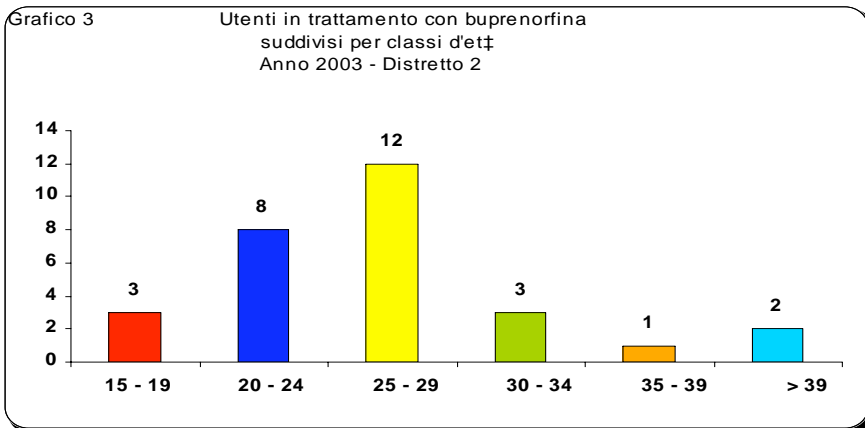
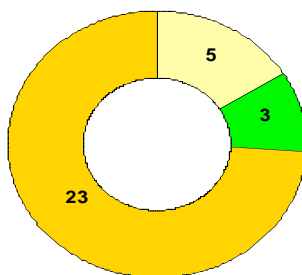




Grafico 6

Numero utenti per tipo di trattamento con  
buprenorfina  
Anno 2004 - Distretto 2



■ Breve ■ Medio ■ Lungo

**SPESA FARMACEUTICA ANNI 2004/2005 PER A.T.C.(A.S.7 - ITA - CAL)**  
**ELABORAZIONE PIANI TERAPEUTICI AIFA DET. 29/10/2004**  
**ANTIPOCOTICI ATIPICI (ANNO 2005)**

*A. Talarico (Direttore U.O.A.F.),  
M.A. Genovesi (Responsabile U.A.F.7),  
C. Giordano, I. La Salvia, V. Macrina*

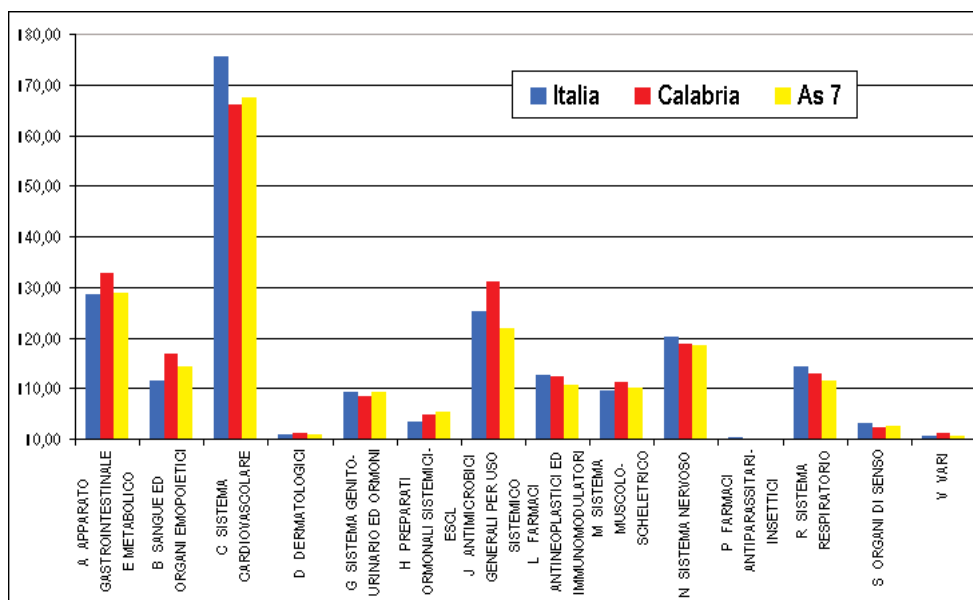
**Nella Determinazione del 29/10/2004 S.O. alla G.U. n° 259 del 04/11/2004 (revisione note cuf)** l'A.I.F.A. ha previsto che particolari farmaci siano erogati solo sulla base di Diagnosi e Piano Terapeutico formulati in Centri Specialistici individuati dalle Regioni, allo scopo di assicurare l'appropriatezza diagnostico - assistenziale.

Dal momento che nella stessa Determinazione l'A.I.F.A. ha stabilito che i Piani Terapeutici vengano trasmessi al Servizio Farmaceutico dell'A.S. di residenza del paziente, questa U.O., nell'esaminare i P.T. pervenuti, ha ritenuto di dover approfondire solo le situazioni riguardanti le patologie con maggior incidenza o il cui trattamento comportasse costi pro-capite particolarmente elevati rispetto ai dati Nazionali e Regionali, ed in particolare la categoria degli Antipsicotici Atipici, i cui risultati sono illustrati nelle pagine seguenti. Inoltre il crescente numero di P.T. già registrati nel corso di quest'anno, impone di continuare il monitoraggio degli Antipsicotici Atipici anche per il 2006, al termine del quale, verrà elaborato un nuovo report, così da avere un quadro il più completo e dettagliato possibile.

Per fornire un quadro generale della distribuzione della Spesa farmaceutica a seconda delle Categorie Terapeutiche di appartenenza (A.T.C.) si allegano le Tabelle 1 e 2 riferite all'anno 2004 e 2005, riportanti i dati a confronto dell'A.S.7, dell'Italia e della Calabria.

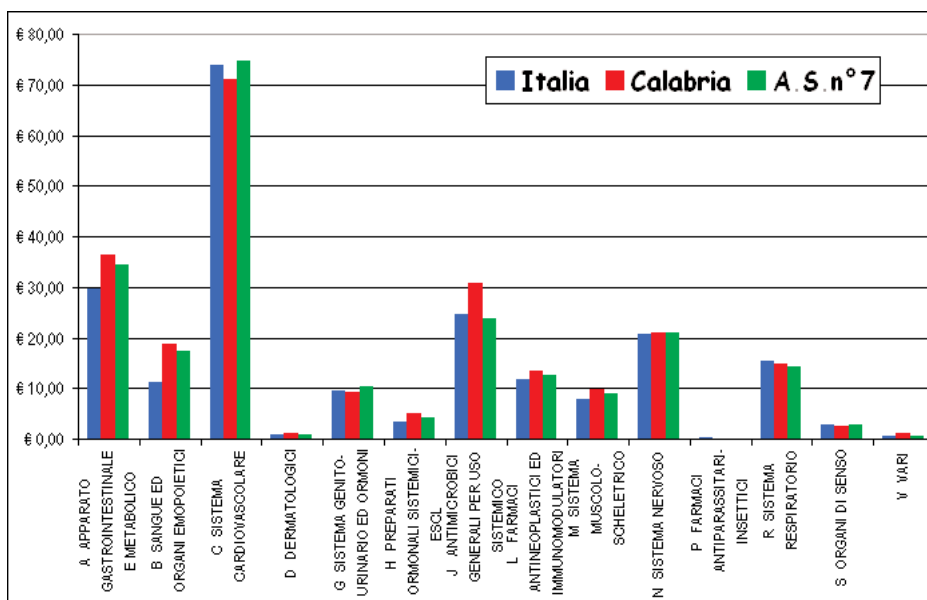
## Spesa SSN pro-capite per ATC I° livello Anno 2004 - Raffronto ITA - CAL - AS 7

ATC I° livello	Italia	Calabria	As 7	Differenza	Differenza
				%	%
				AS 7 - ITA	AS 7 - CAL
A APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLICO	28,40	32,61	28,86	1,64%	-11,48%
B SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	11,46	16,87	14,20	23,91%	-15,82%
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE	75,43	65,94	67,53	-10,47%	2,40%
D DERMATOLOGICI	0,97	1,03	0,92	-4,80%	-11,03%
G SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI	9,35	8,44	9,27	-0,87%	9,83%
H PREPARATI ORMONALI SISTEMICI- ESCL	3,47	4,68	5,21	50,06%	11,27%
J ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	25,10	31,03	21,86	-12,88%	-29,55%
L FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	12,50	12,18	10,73	-14,17%	-11,93%
M SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	9,64	11,32	10,11	4,84%	-10,69%
N SISTEMA NERVOSO	20,17	18,75	18,44	-8,59%	-1,64%
P FARMACI ANTIPARASSITARI- INSETTICI	0,17	0,08	0,08	-55,79%	-8,59%
R SISTEMA RESPIRATORIO	14,20	12,99	11,53	-18,82%	-11,24%
S ORGANI DI SENSO	2,95	2,23	2,42	-17,78%	8,82%
V VARI	0,50	1,02	0,69	37,82%	-32,13%



Spesa SSN pro-capite per ATC I° livello  
anno 2005 - Raffronto ITA - CAL - AS n°7

ATC I° livello	Italia	Calabria	A.S.n°7
A APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLICO	29,52	36,48	34,43
B SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	11,25	18,65	17,36
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE	73,97	71,02	74,67
D DERMATOLOGICI	0,88	1,01	0,88
G SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI	9,44	9,33	10,49
H PREPARATI ORMONALI SISTEMICI- ESCL	3,45	4,92	4,23
J ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	24,71	30,83	23,86
L FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	11,86	13,41	12,58
M SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	7,71	9,78	8,81
N SISTEMA NERVOSO	20,76	21,02	20,96
P FARMACI ANTIPARASSITARI- INSETTICI	0,18	0,10	0,09
R SISTEMA RESPIRATORIO	15,30	14,76	14,16
S ORGANI DI SENSO	2,94	2,51	2,68
V VARI	0,47	1,06	0,63
	212,44	234,87	225,83



## MONITORAGGIO SULL'IMPIEGO DI FARMACI ANTIPSIKOTICI ATIPICI NEI PAZIENTI AFFERENTI L'ASL 7 DI CATANZARO

A. TALARICO, M.A. GENOVESI, D. BATTAGLIA, T. PORCARO, G. DE STEFANO, F. SACCO, G. CRISTOFARO.

### INTRODUZIONE

Gli antipsicotici atipici prescrivibili su diagnosi a piano terapeutico sono impiegati a livello specialistico per la cura di varie forme schizofreniche e di una serie di patologie psichiatriche. Il lavoro svolto in ambito di U.O.A.F. ASL 7 di Catanzaro, incentrato sull'analisi delle prescrizioni dei suddetti farmaci, ha previsto la mappatura dei pazienti in base al sesso, all'età, alla distribuzione geografica e la valutazione della frequenza d'impiego e della correlazione diagnosi-trattamento terapeutico.

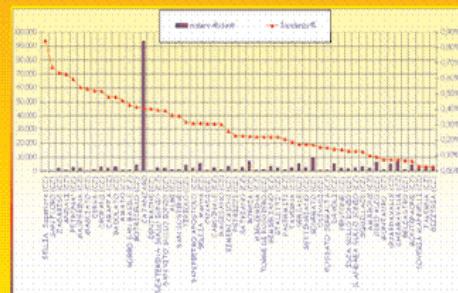
### MATERIALI E METODI

Il monitoraggio è stato condotto attraverso la raccolta dei piani terapeutici pervenuti dai Centri Prescrittori nel corso dell'anno 2005 (\*). I dati estrapolati sono stati inseriti in un archivio informatizzato ed elaborati utilizzando il programma Microsoft-Excel.

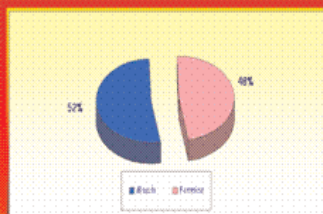
### RISULTATI

Su 242.908 abitanti, i pazienti afferenti ASL 7 trattati con antipsicotici atipici sono risultati 786. I dati relativi alla distribuzione geografica e all'incidenza sulla popolazione residente hanno dimostrato che in nove comuni (dei 56 interessati) l'incidenza delle prescrizioni è stata superiore a 0,5%. Le prescrizioni analizzate hanno riguardato per il 52% soggetti di sesso maschile e per il 48% femminile. La distribuzione per fasce d'età ha visto il 35,6% dei pazienti fra i 21 e i 40 anni, il 34,6% fra i 41 e i 60, il 21,2% fra i 61 e gli 80, il 6,2% fra gli 81 e i 100 e il 2,3% di età inferiore ai 20. Il 39,2% sul totale delle schede ha riguardato la prescrizione di Olanzapina, a seguire Risperidone (30,1%), Quetiapina (17,8%), Clozapina (8,6%) e Anipirapazolo (4,2%). Dalla correlazione diagnosi-trattamento terapeutico si è evinto che le patologie con maggiore incidenza (>10%), disordine affettivo bipolare e schizofrenia paranoide, vengono trattate prevalentemente con Olanzapina.

Gráfico 1 Distribuzione geografica e incidenza delle prescrizioni specialistiche



\* 1.284 schede pervenute entro il 31 Dicembre del 2005



786  
PAZIENTI

Gráfico 2  
Distribuzione dei  
pazienti per  
sesso

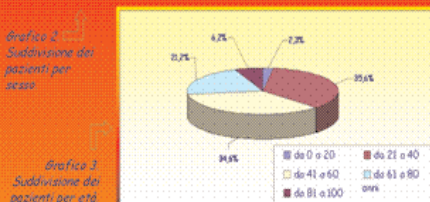


Gráfico 3  
Distribuzione dei  
pazienti per età

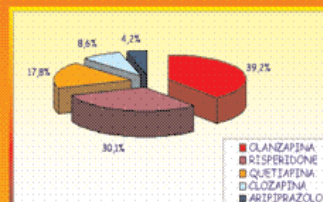
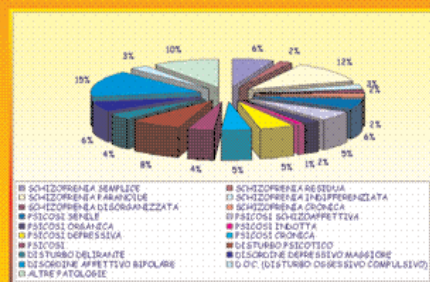


Gráfico 4  
Prescrizione dei  
farmaci  
antipsicotici  
atipici

Gráfico 5  
Distribuzione  
delle schede per  
diagnosi

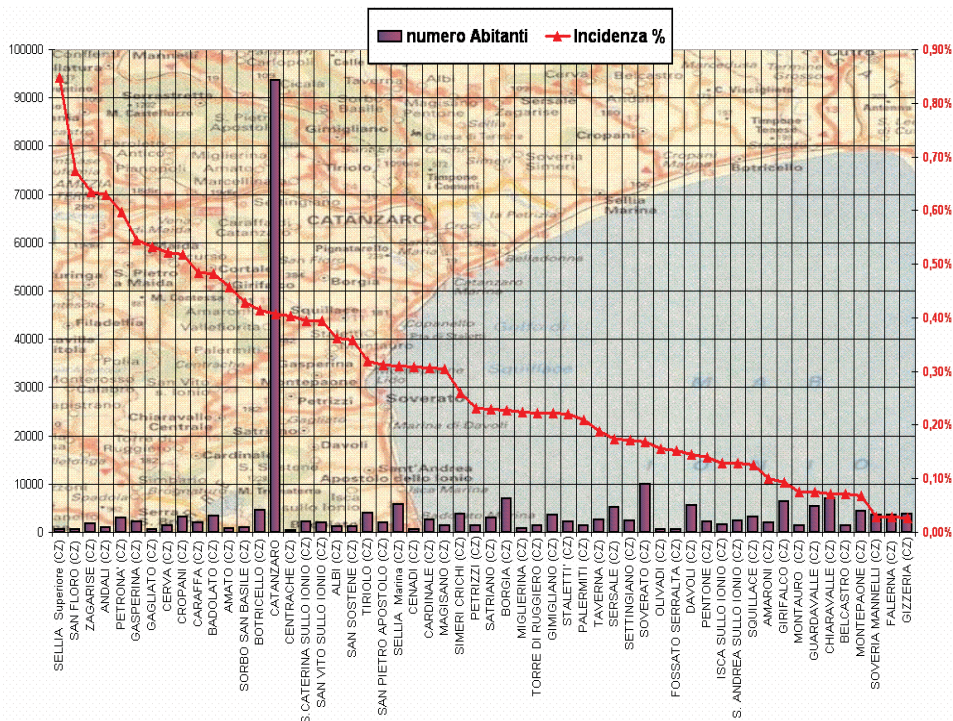


### CONCLUSIONI

Una attenta analisi dei piani terapeutici relativamente alle caratteristiche dei pazienti e alla correlazione diagnosi-trattamento terapeutico risulta essere fondamentale per il monitoraggio sull'impiego di farmaci antipsicotici atipici in ambito di U.O.A.F. e potrebbe essere spunto di ulteriori e approfonditi studi circa l'appropriatezza delle prescrizioni specialistiche.

# Tot. paz. n° /86

## Distribuzione Geografica e Incidenza % sulla popolazione residente



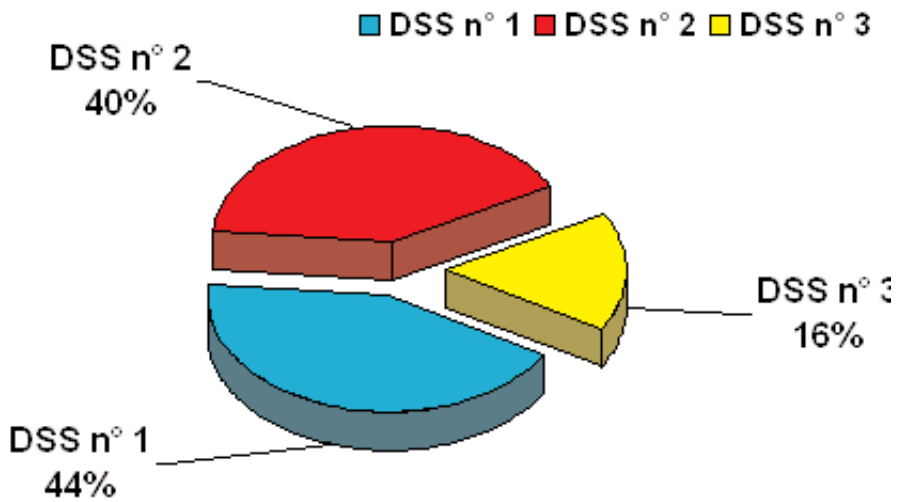
LOCALITÀ	NUMERO PAZIENTI	NUMERO ABITANTI	INCIDENZA %
SELLIA Superiore (CZ)	5	589	0,85%
SAN FLORO (CZ)	4	594	0,67%
ZAGARISE (CZ)	12	1.889	0,64%
ANDALI (CZ)	6	954	0,63%
PETRONA' (CZ)	18	3.012	0,60%
GASPERINA (CZ)	12	2.205	0,54%
GAGLIATO (CZ)	3	563	0,53%
CERVA (CZ)	7	1.342	0,52%
CROPANI (CZ)	17	3.281	0,52%
CARAFFA (CZ)	10	2.069	0,48%
BADOLATO (CZ)	16	3.314	0,48%
AMATO (CZ)	4	874	0,46%
SORBO SAN BASILE (CZ)	4	932	0,43%
BOTRICELLO (CZ)	19	4.589	0,41%
CATANZARO	399	93.540	0,41%
CENTRACHE (CZ)	2	495	0,40%
S.CATERINA SULLO IONIO (CZ)	9	2.277	0,40%
SAN VITO SULLO IONIO (CZ)	8	2.029	0,39%
ALBI (CZ)	4	1.105	0,36%
SAN SOSTENE (CZ)	4	1.114	0,36%
TIRIOLO (CZ)	13	4.076	0,32%
SAN PIETRO APOSTOLO (CZ)	6	1.925	0,31%
SELLIA Marina (CZ)	18	5.796	0,31%
CENADI (CZ)	2	649	0,31%
CARDINALE (CZ)	8	2.615	0,31%
MAGISANO (CZ)	4	1.316	0,30%
SIMERI CRICHI (CZ)	10	3.838	0,26%
PETRIZZI (CZ)	3	1.298	0,23%
SATRIANO (CZ)	7	3.061	0,23%
BORGIA (CZ)	16	7.029	0,23%
MIGLIERINA (CZ)	2	893	0,22%

TORRE DI RUGGIERO (CZ)	3	1.346	0,22%
GIMIGLIANO (CZ)	8	3.611	0,22%
STALETTI' (CZ)	5	2.264	0,22%
PALERMITI (CZ)	3	1.434	0,21%
TAVERNA (CZ)	5	2.668	0,19%
SERSALE (CZ)	9	5.158	0,17%
SETTINGIANO (CZ)	4	2.319	0,17%
SOVERATO (CZ)	17	10.057	0,17%
OLIVADI (CZ)	1	643	0,16%
FOSSATO SERRALTA (CZ)	1	660	0,15%
DAVOLI (CZ)	8	5.494	0,15%
PENTONE (CZ)	3	2.144	0,14%
ISCA SULLO IONIO (CZ)	2	1.552	0,13%
S. ANDREA SULLO IONIO (CZ)	3	2.329	0,13%
SQUILLACE (CZ)	4	3.191	0,13%
AMARONI (CZ)	2	2.007	0,10%
GIRIFALCO (CZ)	6	6.461	0,09%
MONTAURIO (CZ)	1	1.322	0,08%
GUARDAVALLE (CZ)	4	5.290	0,08%
CHIARAVALLE (CZ)	5	6.923	0,07%
BELCASTRO (CZ)	1	1.385	0,07%
MONTEPAONE (CZ)	3	4448	0,07%
SOVERIA MANNELLI (CZ)	1	3509	0,03%

## Prescrizioni

(suddivisione per distretti)

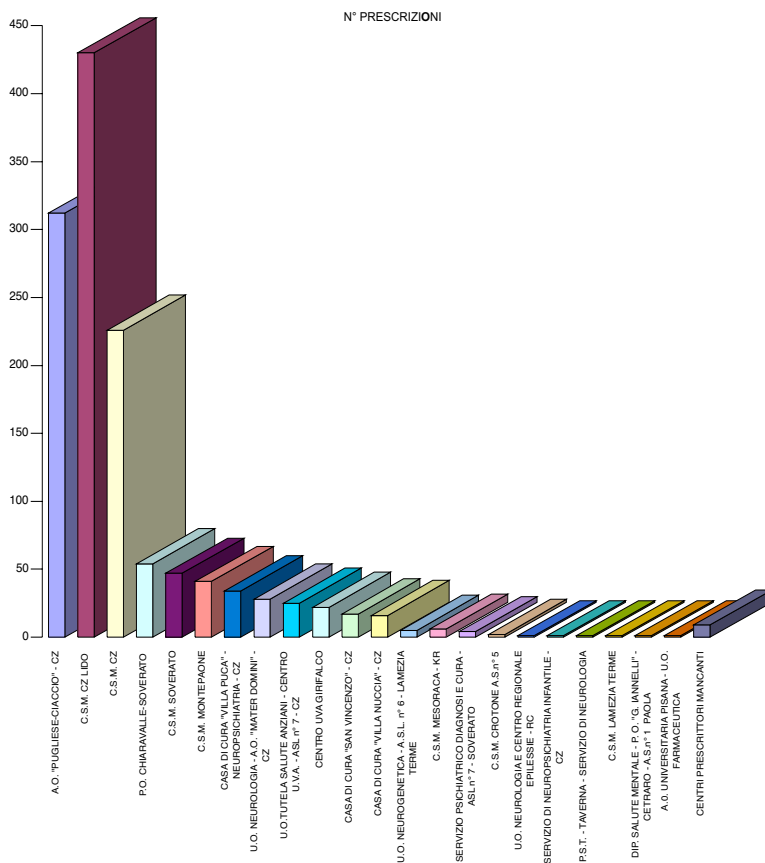
- *Prescrizioni totali* 1284
- *Prescrizioni DSS n°1* 541
- *Prescrizioni DSS n°2* 505
- *Prescrizioni DSS n°3* 205
- *Prescrizioni altre AA.SS.* 33



# Prescrizioni n° 1284

(suddivisione per centri prescrittori)

CENTRO PRESCRITTORE	N° PRESCRIZIONI
A.O. "PUGLIESE-CIACCIO" - CZ	312
C.S.M. CZ LIDO	430
C.S.M. CZ	226
P.O. CHIARAVALLE-SOVERATO	54
C.S.M. SOVERATO	47
C.S.M. MONTEPAONE	41
CASA DI CURA "VILLA PUCA" - NEUROPSICHIATRIA - CZ	34
U.O. NEUROLOGIA - A.O. "MATER DOMINI" - CZ	28
U.O. TUTELA SALUTE ANZIANI - CENTRO U.V.A. - ASL n° 7 - CZ	25
CENTRO UVA GIRIFALCO	22
CASA DI CURA "SAN VINCENZO" - CZ	17
CASA DI CURA "VILLANUCCIA" - CZ	16
U.O. NEUROGENETICA - A.S.L. n° 6 - LAMEZIA TERME	5
C.S.M. MESORACA - KR	6
SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - ASL n° 7 - SOVERATO	4
C.S.M. CROTONE A.S.n° 5	2
U.O. NEUROLOGIA E CENTRO REGIONALE EPILESSIE - RC	1
SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - CZ	1
P.S.T. - TAVERNA - SERVIZIO DI NEUROLOGIA	1
C.S.M. LAMEZIA TERME	1
DIP. SALUTE MENTALE - P. O. "G. IANNELLI" - CETRARO - A.S.n° 1 PAOLA	1
A.O. UNIVERSITARIA PISANA - U.O. FARMACEUTICA	1
CENTRI PRESCRITTORI MANCANTI	9

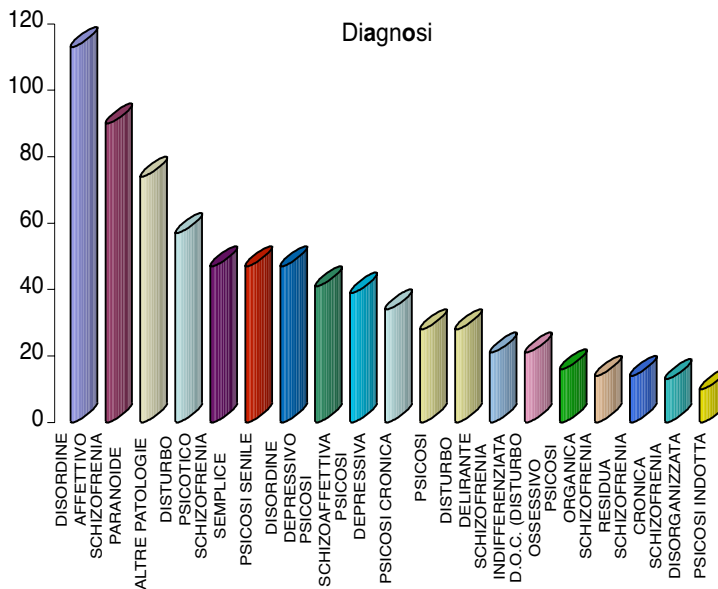




## /86 pazienti

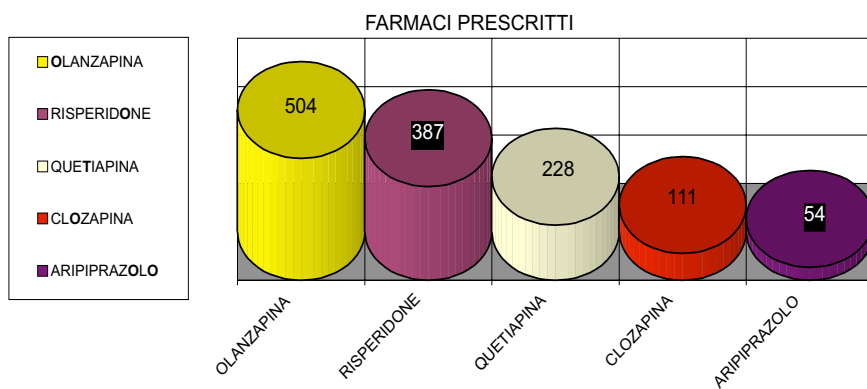
(suddivisione per diagnosi)

Diagnosi	N° PRESCRIZIONI
DISORDINE AFFETTIVO BIPOLARE	113
SCHIZOFRENIA PARANOIDE	90
ALTRE PATOLOGIE	74
DISTURBO PSICOTICO	57
SCHIZOFRENIA SEMPLICE	47
PSICOSI SENILE	47
DISORDINE DEPRESSIVO MAGGIORE	47
PSICOSI SCHIZOAFETTIVA	41
PSICOSI DEPRESSIVA	39
PSICOSI CRONICA	34
PSICOSI	28
DISTURBO DELIRANTE	28
SCHIZOFRENIA INDIFFERENZIATA	21
D.O.C. (DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO)	21
PSICOSI ORGANICA	16
SCHIZOFRENIA RESIDUA	14
SCHIZOFRENIA CRONICA	14
SCHIZOFRENIA DISORGANIZZATA	13
PSICOSI INDOTTA	10



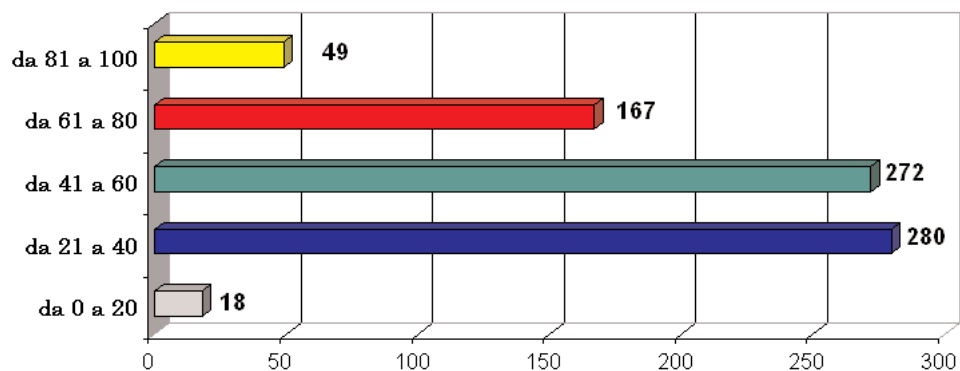
## 1284 prescrizioni (farmaci prescritti)

FARMACI PRESCRITTI	N° PRESCRIZIONI
OLANZAPINA	504
RISPERIDONE	387
QUETIAPINA	228
CLOZAPINA	111
ARIPIPRAZOLO	54



**Tot. paz. n° 786**  
(suddivisione per età)

### Suddivisione per età'



(suddivisione per sesso)

