



Regione Campania – Assessorato alla Sanità

# **PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE**

## **II Parte**

In attuazione dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art.4 comma 1, lett.e)

## **Regione Campania**

### **TITOLO DEL PROGETTO**

**Interventi per la riduzione degli Incidenti stradali.**

### **REFERENTE ISTITUZIONALE**

Dott. **Antonio Gambacorta**, Dirigente Settore Assistenza Sanitaria.

Centro Direzionale di Napoli Is. C/3 – 80143.

[a.gambacorta@regione.campania.it](mailto:a.gambacorta@regione.campania.it)

### **REFERENTI ORGANIZZATIVO/VALUTATIVI DEL PROGETTO**

Dott. **Renato Pizzuti**, Dirigente Assessorato alla Sanità della Campania.

Centro Direzionale di Napoli Is. C/3 – 80143.

[r.pizzuti@regione.campania.it](mailto:r.pizzuti@regione.campania.it)

Dott. **Egidio Celentano**, Dirigente dell' Agenzia Regionale Sanitaria della Campania.

Centro Direzionale di Napoli Is. F/9 – 80143

### **REFERENTE PIANO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PROGETTO**

Dott. Gaetano Sicuranza, Direttore della Struttura Operativa “Formazione e Aggiornamento Professionale” dell' Agenzia Regionale Sanitaria della Campania.

[gaetanosicuranza@arsan.campania.it](mailto:gaetanosicuranza@arsan.campania.it)

### **DURATA DEL PROGETTO**

La durata del progetto prevista è biennale.

## ***Gli incidenti stradali***

### **Le principali fonti informative**

Le principali fonti informative utilizzabili per la descrizione e l'analisi degli effetti sulla salute degli incidenti stradali sono:

- Rilevazione ISTAT-ACI sull'incidentalità stradale in cui l'unità statistica di rilevazione è l'incidente. La rilevazione avviene tramite la compilazione del modello ISTAT Ctt/Inc denominato "Incidenti stradali" da parte dall'autorità che è intervenuta sul luogo dell'incidente (Polizia stradale, Carabinieri, Polizia provinciale, Polizia municipale), nel quale vengono raccolte le informazioni utili per la localizzazione e la descrizione della dinamica dell'incidente, fra cui la data e il luogo del sinistro, il tipo di veicoli coinvolti, le conseguenze alle persone e ai veicoli.
- Flusso informativo relativo alla Mortalità per causa: la scheda di morte permette di identificare, in base alla classificazione della ICD IX, l'eventuale presenza di cause esterne di tipo violento che abbiano causato il decesso; i codici di tale classificazione compresi fra E800 e E848 identificano i decessi derivanti da incidenti da trasporto e rendono possibili analisi dettagliate per sesso, fascia di età e area territoriale;
- Le principali fonti di dati sulla morbilità per incidente stradale (arrivi al pronto soccorso, ricoveri, ecc.) sono le Statistiche sui dimessi dagli ospedali e i risultati di indagine epidemiologiche ad-hoc.

Tutte le fonti succitate sono utili per lo studio del fenomeno in quanto, per loro natura, complementari.

L'unità statistica considerata dai dati di mortalità è il soggetto deceduto: i dati di mortalità producono buone informazioni sul trauma che ha causato la morte e, spesso, anche informazioni sul tipo di utenza (pedone, ciclista, motociclista, ecc.). Limite di questo sistema informativo è rappresentato dalla mancanza di dati descrittivi dell'incidente.

L'unità statistica considerata nei dati ISTAT-ACI è invece proprio l'incidente: tale sistema di rilevazione permette di rilevare in modo dettagliato le modalità di accadimento dell'incidente stradale, unitamente ad informazioni generali sui soggetti coinvolti. Limite di tale flusso informativo è che si riferisce soltanto agli incidenti stradali verbalizzati.

I dati di fonte SDO possono essere molto utili, a loro volta, per la descrizione del fenomeno sanitario correlato all'evento "incidente stradale" ma l'informazione relativa al tipo di trauma dovrebbe indicare la modalità di accadimento del trauma stesso, evidenziando, fra gli altri, gli incidenti stradali. L'esperienza di utilizzo di tale fonte fa ritenere che la qualità di questa parte dell'informazione risulti bassa e che il suo utilizzo conduca ad una forte sottostima del peso che gli incidenti stradali originano sui ricoveri, le attività e le degenze ospedaliere.

### **La descrizione del fenomeno in Campania**

Secondo i dati sull'incidentalità stradale rilevata dall'ISTAT, in regione Campania nel 2004 sono avvenuti 9.372 incidenti, che hanno causato 382 morti e 14.059 feriti. Negli ultimi anni si è registrata in regione una lieve diminuzione degli incidenti (circa -3%), in linea con la variazione avvenuta a livello nazionale, non accompagnata però da analoga tendenza nel numero di morti, che sono cresciuti, invece, del 10% rispetto al 2003.

A livello nazionale, gli incidenti avvenuti nel 2004 hanno comportato dei costi umani e materiali stimati dall'ISTAT intorno a 33.706 milioni di euro (713 milioni di euro i soli costi sanitari) che

rappresentano circa il 2,5% del Pil dello stesso anno. A livello regionale, si sono stimati in 921 milioni di euro i danni sociali relativi ai morti e feriti per incidenti stradali verificatosi in Campania. L'analisi dell'incidentalità in Campania nel lungo periodo evidenzia, anche se con qualche oscillazione, un andamento crescente del numero degli incidenti, aumentati rispetto al 1991 del 60% (+30% la media nazionale), mentre il numero dei morti è aumentato del 3%, dato altrettanto sconcertante soprattutto se si considera che nello stesso periodo a livello nazionale si è avuta una diminuzione delle morti del 25%.

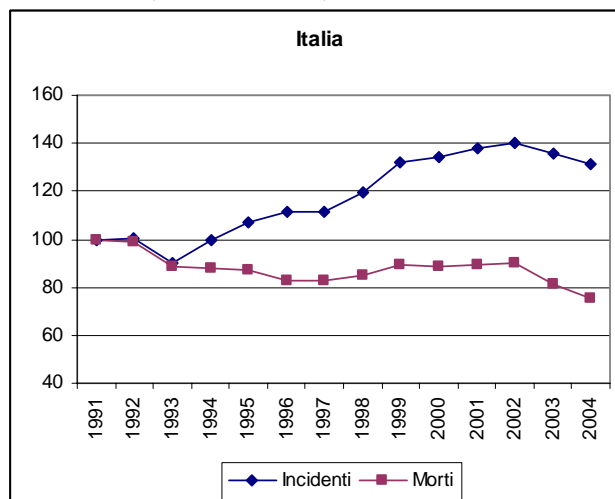
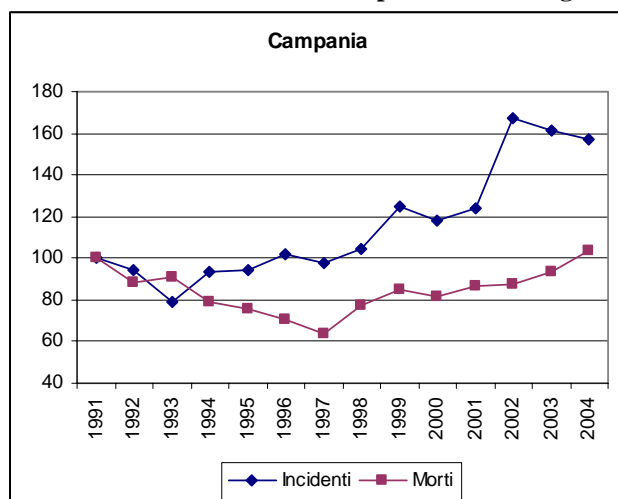
La diminuzione degli incidenti stradali osservata negli ultimi anni rappresenta, quindi, una controtendenza, attribuibile, in parte, all'entrata in vigore del Decreto Legge n. 151 del 27 Giugno 2003, con cui sono state introdotte alcune modifiche al codice della strada e la "patente a punti".

#### Incidenti in Campania e Italia secondo la conseguenza. Anno 2004

	2002			2003			2004		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Caserta	1.287	88	2.036	1.141	81	1.910	1.281	110	1.988
Benevento	478	15	813	448	15	756	339	23	535
Napoli	4.708	109	7.145	4.760	128	7.062	4.795	145	6.960
Avellino	864	27	1.318	648	40	926	532	27	873
Salerno	2.654	84	4.203	2.650	83	3.938	2.425	77	3.703
<b>Campania</b>	<b>9.991</b>	<b>323</b>	<b>15.515</b>	<b>9.647</b>	<b>347</b>	<b>14.592</b>	<b>9.372</b>	<b>382</b>	<b>14.059</b>
<b>ITALIA</b>	<b>239.354</b>	<b>6.739</b>	<b>341.660</b>	<b>231.740</b>	<b>6.065</b>	<b>327.324</b>	<b>224.553</b>	<b>5.625</b>	<b>316.630</b>

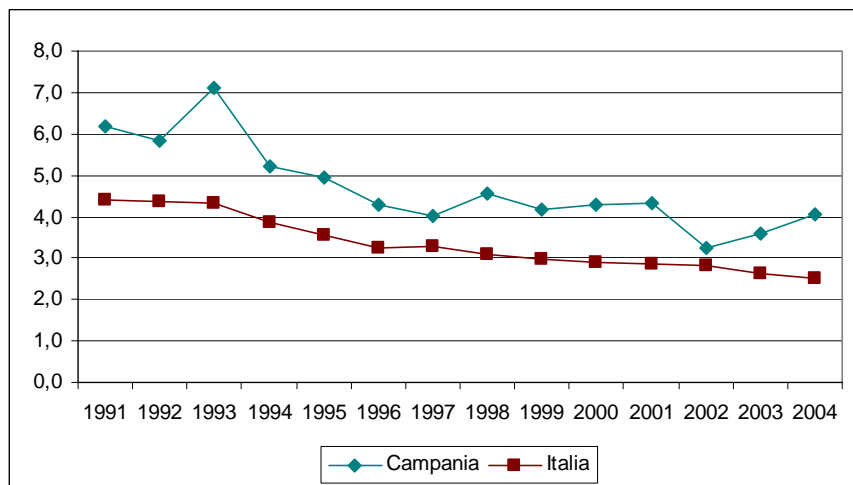
Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

#### Incidenti stradali e morti in Campania e Italia negli anni 1991- 2004 (Base 1991=100)



Gli incidenti verificatesi negli ultimi quindici anni in Campania si caratterizzano, rispetto alla media nazionale, per un numero più alto di morti per incidente, che nel 2004 si aggira intorno a 4 morti per cento incidenti contro un valore di 2 morti per cento incidenti per l'intero territorio nazionale.

**Indice di Mortalità degli incidenti in Campania e Italia negli anni 1991-2004 ( per 100 incidenti)**



Osservando i dati dell'incidentalità in Campania distinta per tipologia di strada, si può rilevare che il 70% degli incidenti avviene sulle strade urbane, sulle quali si verificano il 40% delle morti e il 67% dei feriti. Alta risulta la percentuale di morti che avvengono sulle strade statali (21%) e provinciali (21%), che si caratterizzano, quindi, per una maggiore gravità degli incidenti.

**Incidenti, morti e feriti in Campania e Italia secondo la categoria della strada - Anno 2004 (Percentuali)**

PROVINCE	Autostrade	Strade Statali	Strade Provinciali	S. Comunali Extraurbane	Strade urbane
<i>Incidenti</i>					
Caserta	12,3	16,6	6,1	3,1	61,8
Benevento	4,1	18,6	9,1	5,0	63,1
Napoli	12,3	6,0	1,3	1,5	78,9
Avellino	22,6	14,3	3,6	3,6	56,0
Salerno	19,0	9,2	7,6	3,5	60,7
<b>Campania</b>	14,3	9,2	4,0	2,5	70,0
<b>ITALIA</b>	6,2	8,1	7,2	2,8	75,7
<i>Morti</i>					
Caserta	10,9	33,6	13,6	8,2	33,6
Benevento	-	21,7	4,3	21,7	52,2
Napoli	14,5	23,4	6,9	6,2	49,0
Avellino	7,4	29,6	3,7	11,1	48,1
Salerno	32,5	10,4	33,8	1,3	22,1
<b>Campania</b>	15,7	24,1	13,9	7,1	39,3
<b>ITALIA</b>	11,5	20,9	20,9	5,6	41,1
<i>Feriti</i>					
Caserta	13,9	16,9	6,1	3,5	59,6
Benevento	3,6	20,6	12,3	4,9	58,7
Napoli	14,7	5,6	1,0	1,3	77,5
Avellino	27,1	16,0	3,0	3,8	50,1
Salerno	20,4	10,0	8,9	3,6	57,0
<b>Campania</b>	16,4	9,6	4,4	2,5	67,2
<b>ITALIA</b>	7,5	9,7	8,0	2,9	71,9

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Per quanto riguarda le cause d'incidente desumibili dall'esame delle circostanze presunte raccolte dall'autorità pubblica intervenuta sul luogo dell'incidente, si può rilevare come nel 90% dei casi le cause siano imputabili al comportamento scorretto del conducente e solo per una percentuale molto bassa di casi (inferiore all'1%) esse siano riconducibili a difetti o avarie del veicolo, mentre il 6,5% degli incidenti avvenuti su strade extraurbane è imputabile al cattivo stato delle infrastrutture.

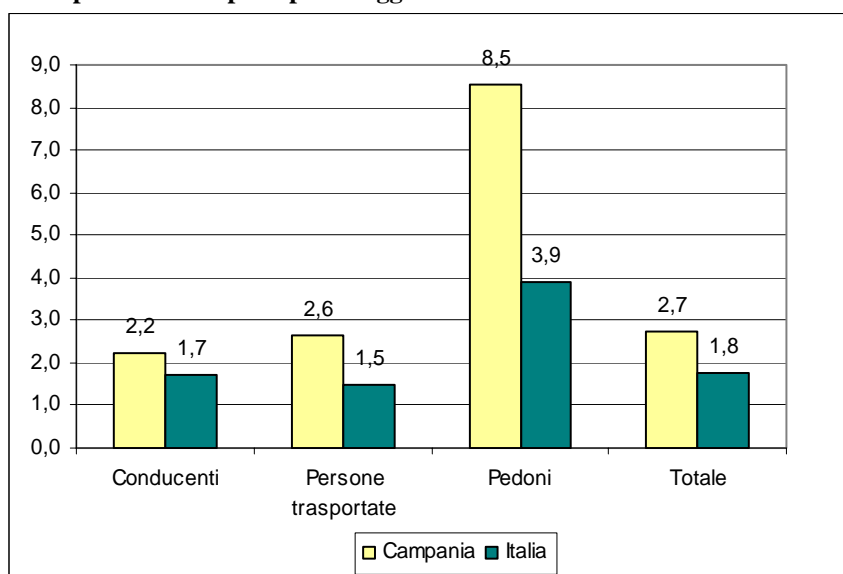
#### Cause accertate o presunte di incidente stradale in Italia secondo la localizzazione - Anno 2004

CAUSE DI INCIDENTE	Strade urbane	Strade extraurbane	Totale
Cause imputabili al comportamento scorretto del conducente alla guida	91,47	89,95	91,08
Comportamento scorretto del pedone	3,23	0,96	2,64
Cause imputabili allo stato delle infrastrutture	3,12	6,48	3,99
Cause imputabili a difetti o avarie del veicolo	0,23	0,34	0,26
Cause imputabili allo stato psico-fisico del conducente	1,94	2,26	2,02
Cause imputabili allo stato psico-fisico del pedone	0,01	0,01	0,01
Totale cause	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Per quanto riguarda la tipologia di soggetti coinvolti negli incidenti stradali avvenuti in Campania nel 2004, il 52% dei morti ed il 63% dei feriti era conducente del veicolo, il 31% dei morti e dei feriti erano persone trasportate, ben il 17% dei morti ed il 6% dei feriti erano pedoni. Le differenze di rischio per le diverse categorie di utenti emergono più chiaramente dal rapporto tra numero di morti e di feriti: in Campania nel 2004 ogni 100 conducenti feriti si sono registrati circa 2,2 morti, rapporto leggermente più alto per i trasportati (2,6), ma che sale a 8,5 per i pedoni, che si caratterizzano, quindi, per una maggiore gravità degli incidenti che li vedono coinvolti e che si configurano, quindi, come l'utente "debole" della strada.

#### Morti per 100 feriti per tipo di soggetto coinvolto - Anno 2004



Il fenomeno dell'incidentalità interessa maggiormente il sesso maschile e colpisce in maniera rilevante fasce di popolazioni giovani, se si guarda alla distribuzione per classe di età e sesso dei morti e feriti da incidente stradale in Campania nel 2004, 88 morti (29%) e 3.306 feriti (37%) di sesso maschile avevano meno di 30 anni.

**Morti e feriti per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente in Campania e Italia - Anno 2004**

Classe di età	CAMPANIA				ITALIA			
	Morti		Feriti		Morti		Feriti	
	M	F	M	F	M	F	M	F
0-17	24	7	939	489	228	80	18.112	10.130
18 - 20	19	6	957	333	279	52	15.856	8.274
21 - 24	37	6	1.321	541	461	91	22.608	11.920
25 - 29	32	6	1.328	575	523	91	28.468	14.886
30 - 44	75	8	2.667	1.118	1.150	213	62.833	32.806
45 - 54	30	9	919	459	452	105	21.124	12.319
55 - 59	12	3	319	170	196	55	7.430	4.592
60 - 64	13	7	249	151	188	54	6.113	3.791
65 ed oltre	44	17	507	276	840	325	15.058	9.737
Imprecisata	22	5	500	241	175	67	5.837	4.736
Totale	308	74	9.706	4.353	4.492	1.133	203.439	113.191

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Nell'indagine sull'incidentalità stradale l'aggiornamento sulla situazione sanitaria del ferito rappresenta una fase molto impegnativa per le autorità pubbliche che devono stabilire un contatto con le istituzioni sanitarie, per essere informate sulle condizioni del ferito o dell'eventuale decesso. Se questa comunicazione non avviene si genera una sottostima dei decessi. Questa è la ragione principale per la quale il numero dei morti rilevati in tale indagine risulta generalmente minore di quello prodotto dalle statistiche sulle cause di morte.

Se guardiamo al dato relativo alla mortalità per causa per l'anno 2002, ultimo dato ufficiale disponibile, i morti in Italia per incidente da trasporto risultano essere 7.305 (il 78% costituito da uomini), 370 in Campania (l'81% costituito da uomini).

Negli ultimi 30 anni, la mortalità per incidente stradale, è sensibilmente diminuita, passando da circa 25 a circa 15 morti per 100.000 abitanti/anno (-40%).

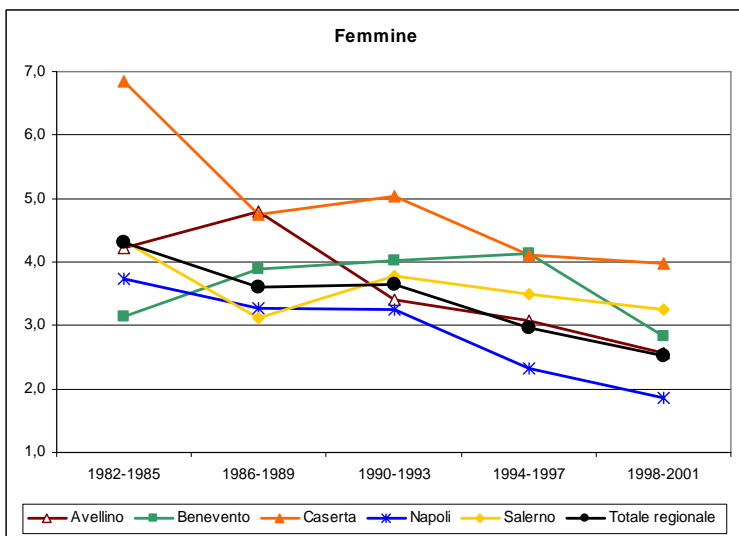
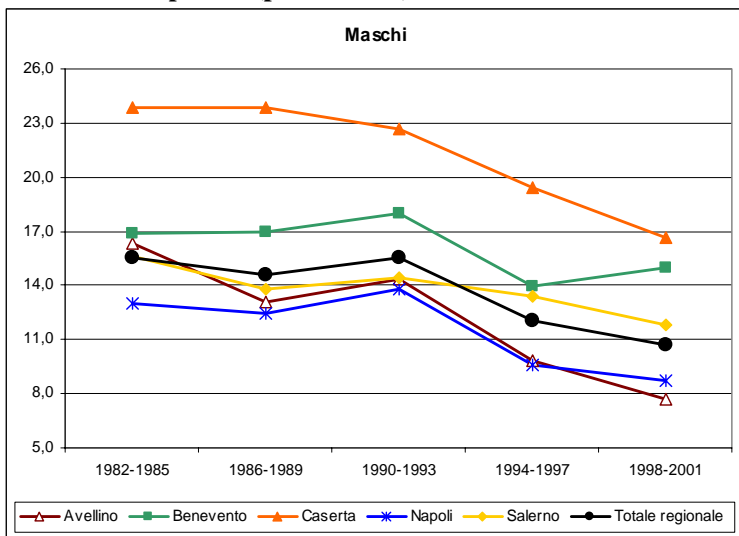
Tra i fattori che possono aver contribuito a questa riduzione, pur non essendo noti i singoli contributi, vanno sicuramente annoverati: l'avvento della TAC, il miglioramento del sistema urgenza-emergenza, i progressi in anesthesiologia e rianimazione, le campagne di informazione e di educazione stradale, auto e strade più sicure, l'uso delle cinture e dei seggiolini, l'uso del casco, l'introduzione del limite legale dell'alcolemia e controlli su strada più severi. Tale riduzione è quasi inesistente nella fascia 15-29 anni, per la quale si registra una sostanziale costanza della mortalità osservata.

L'analisi della mortalità per incidenti da trasporto in Campania nel periodo che va dal 1982 al 2001, effettuata su dati di mortalità per causa di fonte ISTAT, mostra come il tasso standardizzato di mortalità sia diminuito nel sesso maschile del 25% passando da 16 a 11 morti per 100.000 abitanti e nel sesso femminile del 41%, passando da 4,3 a 2,5 morti per 100.000 abitanti. Lo stesso tasso calcolato per la fascia di età 15-29 mostra un esiguo decremento negli uomini (-13%) passando da 19 a 17 morti per 100.000 abitanti ed una costanza nelle donne, che mantengono un tasso di circa 3 morti per 100.000.

Per quanto riguarda le differenze territoriali si riscontrano in tutto il ventennio tassi di mortalità più alti nella provincia di Caserta, che sebbene presenti un trend in miglioramento nel corso del ventennio, mostra nel periodo 1998-2001 un tasso ben ancora alto pari a 17 morti per 100.000

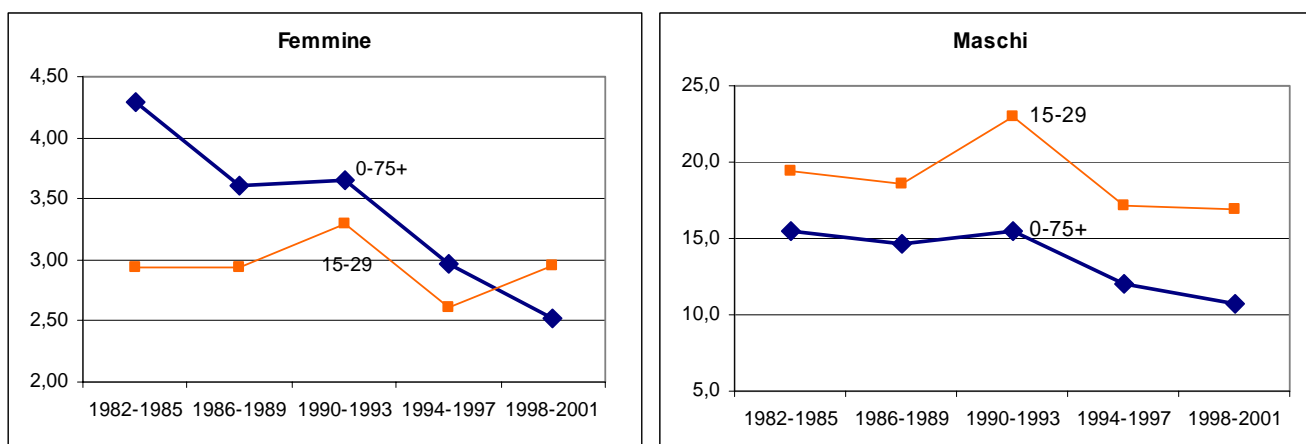
abitanti per gli uomini e di 4 per 100.000 nelle donne. Tassi più alti rispetto alla media regionale vengono presentati anche dalla provincia di Benevento, che per gli uomini si attestano intorno a 15 morti per 100.000 ab. e nelle donne a 3 per 100.000, con guadagni, in termini di mortalità, nel corso del ventennio esigui (-10%).

**Mortalità per incidenti da trasporto nelle province della Campania. Tassi standardizzati per età (per 100.000 )**



**Mortalità per incidenti da trasporto in Campania. Tassi standardizzati per età (per 100.000)**





La distribuzione del rapporto standardizzato di mortalità (SMR) per sesso e ASL di Residenza, permette di individuare aree a maggior rischio rispetto alla situazione regionale: per gli uomini presentano rischi in eccesso statisticamente significativi le ASL Caserta 2 (SMR=153), Caserta1 (SMR=152), Benevento (SMR=138) e Napoli 4 (SMR=124); per le donne le ASL Caserta1 (SMR=163) Salerno 2 (SMR=146) e Caserta 2 (SMR=145).

**Mortalità per incidenti da trasporto nelle ASL della Campania negli anni 1998-2001.**  
**Rapporti standardizzati di mortalità (rif. regione)**

ASL	MASCHI			FEMMINE		
	SMR	I.C.		SMR	I.C.	
		inf.	sup.		inf.	sup.
AV 1	81,3	56,0	114,2	83,9	38,3	159,3
AV 2	59,7	41,8	82,7	102,9	58,8	167,1
BN	138,2	111,5	169,3	111,1	67,9	171,6
CE 1	152,8	128,0	181,1	163,1	114,2	225,8
CE 2	153,5	130,0	180,0	145,0	101,0	201,7
NA 1	66,5	56,1	78,2	96,9	73,6	125,2
NA 2	73,8	58,3	92,1	47,7	24,6	83,3
NA 3	77,4	59,5	99,0	25,7	8,3	60,1
NA 4	124,0	104,3	146,2	86,8	55,6	129,1
NA 5	82,0	67,7	98,5	72,3	47,2	105,9
SA 1	98,7	78,0	123,1	110,4	69,1	167,1
SA 2	109,9	90,4	132,3	146,2	103,5	200,7
SA 3	125,7	99,7	156,5	121,2	74,0	187,2

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Il progetto di prevenzione degli incidenti stradali necessita di uno sviluppo in duplice direzione, relativi a due aspetti complementari: la **sorveglianza** (sistema di raccolta ed elaborazione di dati finalizzato a fornire informazioni sugli incidenti e la loro gravità, sui comportamenti “a rischio” e sulle conoscenze ed opinioni della popolazione in merito ai fattori di rischio) e la **prevenzione** “sensu strictu”.

## SORVEGLIANZA

Preso atto dell'esternalità del Servizio Sanitario Nazionale nel processo di acquisizione delle informazioni sugli incidenti stradali, sul fronte della sorveglianza, si pongono i seguenti obiettivi:

1. **attivare l'analisi epidemiologica degli incidenti stradali**, con riferimento alle analisi "classiche" degli outcome sanitari (accessi ospedalieri, ricoveri, mortalità), ad integrazione delle informazioni disponibili dalla fonte ACI/ISTAT, con la creazione di sistemi di sorveglianza basati sui Servizi di Pronto Soccorso;
2. **rinforzare l'analisi epidemiologica sui fattori di rischio** inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei dispositivi di protezione individuale, mediante, ad esempio:
  - rilevazione dell'uso del casco
  - rilevazione delle cinture di sicurezza
  - rilevazione dell'uso del seggiolino nel trasporto dei bambini:
3. **valutare conoscenze e opinioni sui comportamenti alla guida** e sui fattori associati all'incidentalità stradale in strati di popolazione target, quali ad esempio:
  - studenti;
  - patentandi (presso le scuole guida);
  - patentati (ad esempio, utenti delle Aziende Sanitarie Locali in occasione del rinnovo della patente di guida).

### PIANO OPERATIVO

Il progetto parte come progetto pilota in alcune delle Aziende Sanitarie che già hanno partecipato ad uno o più studi correlati con la sicurezza stradale (Progetto Ulisse, Studio Passi), nelle quali verranno sperimentati sistemi di raccolta ed elaborazione dei dati che verranno poi estesi all'intero territorio campano.

A Livello Regionale sarà costituito un Comitato Regionale per la Prevenzione degli incidenti Stradali con compiti di coordinamento delle attività delle diverse Aziende coinvolte (sanitarie ed ospedaliere) nonché di coinvolgimento attivo degli altri enti o istituzioni coinvolti.

## **1. Definizione dei gruppi di lavoro**

### **1.1 Costituzione di un Comitato Regionale per la Prevenzione degli incidenti stradali**

- Coordinamento: Area Generale di Coordinamento Assistenza Sanitaria
- Membri: Referente O.E.R., Referente Igiene Pubblica Regionale, Referente area di Coordinamento 118, Referente Settore Ospedaliero, Referente del S. I. Regionale S.D.O. (ARSan), Referente Sistema Informativo Sanitario Regionale, Referenti Aziendali (o dell'eventuale Comitato Aziendale per la Sicurezza stradale delle A.A.S.S.L.L.-A.A.O.O partecipanti), Referente Assessorato Trasporti e Viabilità Regione Campania, Rappresentante Province delle AASSLL coinvolte, Rappresentante della Presidenza dell'ANCI Regionale (Associazione Nazionale Comuni D'Italia), Rappresentante Regionale delle Forze di polizia e dell'Arma dei Carabinieri.

#### **1.1.1 Compiti del Comitato Regionale per Prevenzione degli incidenti stradali**

- Condivisione dei dati disponibili sul fenomeno "Incidenti Stradali" e "Conseguenze Sanitarie" in Regione Campania
- Verifica delle esperienze maturate dalle diverse AA.SS.LL. nell'ambito della

- rilevazione del fenomeno “Incidenti Stradali” e/o dei fattori di rischio correlati
- Illustrazione delle diverse aree di sviluppo dell’attività di Sorveglianza Epidemiologica
- Raccolta delle adesioni ad una o più delle aree di rilevazione delle rispettive Aziende
- Illustrazione dei programmi specifici di rilevazione
- Definizione di un calendario degli incontri
- Formazione dei referenti aziendali per la specifica attività di rilevazione
- Monitoraggio delle diverse esperienze aziendali attivate
- Definizione dei flussi informativi, dei tempi e dei contenuti della trasmissione dei dati rilevati dalle rispettive AASSLL al Comitato Regionale
- Realizzazione di un report, a cadenza annuale, sulle risultanze delle rilevazioni Epidemiologiche sugli incidenti Stradali e sui fattori di rischio correlati
- Definizione ed attuazione di un programma di diffusione dei risultati diretto alla popolazione ed a tutti gli attori coinvolti con la Sicurezza Stradale (Aziende Sanitarie, Comuni, Province, Forze di Polizia, Carabinieri)

A livello aziendale si svilupperanno le seguenti azioni:

### ***1.2 Identificazione di un Referente Aziendale di Progetto o Costituzione di un Comitato Aziendale per la Sicurezza Stradale***

Le Aziende coinvolte dovranno nominare un Referente che rappresenterà l’Azienda Sanitaria Locale partecipante al tavolo di lavoro del Comitato regionale per la Sicurezza Stradale. Tale figura dovrà essere individuata preferibilmente nell’ambito dei Dirigenti dei Dipartimenti di Prevenzione in modo da assicurare il coinvolgimento delle discipline essenziali alla riuscita degli interventi previsti (Epidemiologia, Educazione sanitaria, Igiene Pubblica, Sert, Medicina Legale, Direzioni Sanitarie Ospedaliere, Sistema informativo Aziendale).

Laddove lo si riterrà opportuno, a livello di singola ASL, verrà istituito formalmente il “***Comitato aziendale per la Sicurezza Stradale***” composto come di seguito suggerito:

- Coordinamento: Dipartimento di Prevenzione
- Membri: Referente di Igiene Pubblica, Referente Educazione Sanitaria, Referente/Coordinatore 118, Referente dell’Area di Coordinamento dei Presidi Ospedalieri, Referente del Pronto Soccorso, Referente Servizio di Epidemiologia, Referente della Medicina del Lavoro e del Servizio di Prevenzione e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, Referente del S.I. Aziendale (Sistema Informativo Sanitario Locale), Referente Area di Coordinamento della Medicina di Base, Referente dell’Unità Operativa Relazioni con il Pubblico.

## ***2. Eventi da sorvegliare, fonti e flussi***

Si distinguono tre tipologie di eventi da sorvegliare:

- a) Principali esiti sanitari da incidenti stradali
- b) Fattori di rischio dell’incidentalità stradale (comportamentali e da non uso di dispositivi di sicurezza)
- c) Conoscenze/opinioni di popolazioni target riguardo i principali comportamenti a rischio.

Nel primo caso, la sorveglianza si avvarrà dei dati rilevati sia con sistemi informativi routinari, sia

con sistemi di rilevazione appositamente predisposti, mentre negli altri due casi saranno attivati o sistemi “ad hoc”.

#### A) PRINCIPALI ESITI SANITARI DA INCIDENTI STRADALI

- **Ricoveri Ospedalieri da incidenti stradali** (fonte: SI - SDO): l’attuale sistema informativo sulle schede di Dimissione Ospedaliera permette di rilevare dati inerenti prestazioni sanitarie prestate in occasione di eventi traumatici: raramente si osserva la corretta compilazione del campo “Traumatismi o intossicazioni” (Incidente stradale, infortunio sul lavoro,...). Previa verifica della completezza si inviteranno le Direzioni Sanitarie Ospedaliere a sensibilizzare i Medici compilatori alla puntuale registrazione del dato. Un’opportuna selezione dei ricoveri operata per tale occorrenza dai S.I. Aziendali sulle S.D.O. (inizialmente anche “anonima”) permetterà di migliorare le informazioni rispetto a variabili importanti quali ad esempio l’anagrafica, gli esiti sanitari ed i costi degli eventi osservati. La trasmissione della selezione al Comitato Regionale, con cadenza quadrimestrale, andrà a contribuire alla formazione del dataset da sottoporre ad elaborazione.
- **Prestazioni 118 non seguite da ricovero** (fonte: 118 schede e sistema da predisporre): l’attuale flusso informativo dell’emergenza territoriale (SAUT) prevede la registrazione degli interventi indipendentemente dall’esito: per le prestazioni non seguite da ricovero, relative ad interventi prestati per lesioni di lieve entità, è prevista la compilazione di una “scheda d’intervento” che viene, in genere, archiviata. Per tali prestazioni il Referente Aziendale o il Comitato aziendale provvederà a realizzare, attraverso il supporto del Servizio di Epidemiologia e Prevenzione ed il Sistema Informativo Aziendale, una maschera per il data entry, che preveda la registrazione dei dati anche quando tra i “motivi e circostanze” sia riportato l’incidente stradale e gli esiti corrispondano alla voce “paziente rinviato/mantenuto a domicilio”. La scheda conterrà, inoltre, le principali notizie anagrafiche. Successivamente alla costituzione del dataset ogni Servizio di Epidemiologia Aziendale coinvolto produrrà breve report, a cadenza annuale, con descrizione delle principali tipologie d’intervento eseguite dalla rete aziendale del 118 con attenzione specifica agli indicatori di intervento in caso di incidenti stradali
- **Prestazioni di Pronto Soccorso non seguite da ricovero** (fonte: PS — schede e sistema da predisporre): non tutti i ricoveri per incidenti stradali sono seguiti da ricovero, tuttavia, gli esiti “gravi” di incidenti della strada presuppongono, verosimilmente, il ricovero o il trasferimento presso struttura ospedaliera dell’assistito. Una serie di prestazioni sono, invece, assicurate in estemporanea, in particolar modo in caso di lesioni lievi. Per la conoscenza del fenomeno appare importante predisporre un Sistema informatico di registrazione delle prestazioni, tale da assicurare, inizialmente, l’input, in una maschera dedicata, dei dati relativi agli interventi erogati in occasione di lesioni da incidente stradale: tale informatizzazione può e deve rappresentare l’auspicabile nonché inevitabile parte di un più ampio processo di informatizzazione delle prestazioni dell’intera rete regionale dei punti di Pronto Soccorso. I dati relativi ad i ricoveri originati da incidenti stradali (banca dati SDO) permettono di osservare come la maggior parte dei ricoveri siano garantiti dalle principali Aziende Ospedaliere del territorio della città di Napoli e dei capoluoghi di provincia. Per tale occorrenza sarà avviata una sperimentazione presso gli ospedali che drenano la maggior parte di tali ricoveri come di riportati nell’elenco seguente:
  - Territorio della città di **Napoli**: A. O. Cardarelli, Ospedale Loreto Nuovo, S.P.D.C. Centro Traumatologico Ortopedico, A.O. Santobono, S.P.D.C. S. Giovanni Bosco
  - **Provincia di Napoli**: P.O. S. Maria delle Grazie – Pozzuoli; P.O. S. Leonardo – Castellammare di Stabia;
  - **Caserta**: A. O. San Sebastiano

- **Avellino:** A.O. Moscati
- **Benevento:** A.O. Rummo
- **Salerno (Fuorni):** A.O. “Ospedali Riuniti S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona”

Il comitato regionale garantirà lo sviluppo di un “**tracciato record**” per la **registrazione informatizzata delle prestazioni dei Pronto Soccorso** definendo campi essenziali relativamente all’anagrafica, all’occorrenza dell’incidente stradale, al tipo di lesione, all’esito della prestazione ed alle modalità di dimissione (ricovero, dimissione, decesso, trasferimento) delle persone coinvolte in incidenti stradali.

Il “tracciato record” sarà fornito alle Aziende Ospedaliere coinvolte nella sperimentazione in modo da poter predisporre una maschera di input dati su software compatibile con il sistema informatico preesistente ed installata in postazione informatica (P.C.) presso i rispettivi punti di Pronto Soccorso Ospedaliero (postazione remota – Client).

Lo sviluppo del sistema prevede, inoltre, un collegamento “fisico” al Sistema Informatico Preesistente (Postazione Centrale – Server) in modo da garantire univocità di registrazione sia per le prestazioni “non seguite da ricovero” che per quelle con “ricovero immediato”: in quest’ultimo caso l’input dati andrebbe a costituire già parte delle base dati della Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Per la trasmissione dei dati a livello centrale (Organi Regionali) si farà ricorso alla rete WEB facente capo a piattaforma regionale opportunamente sviluppata per il supporto alla Gestione dei Servizi Sanitari (Modello per lo Sviluppo del Sistema Pubblico di Interoperabilità per la Cooperazione applicativa della Campania – “SPICCA”).

Il sistema sarà ovviamente sviluppato tenendo conto della successiva possibile espansione, modulare e progressiva, a tutte le altre prestazioni erogate dai punti di P.S.

- **Mortalità per incidenti stradali** (fonte: schede ISTAT — Servizio Epidemiologia)  
Il comitato regionale acquisirà, a cadenza semestrale, l’elaborazione dei dati relativi alle cause di morte da incidente stradale prodotti dal Registro di Mortalità Regionale - Re.Mo.R.C. – attivo presso l’O.E.R. Campania dal 1° Gennaio 2004.  
Il flusso informativo, alimentato dalle rispettive Aziende Sanitarie Regionali, prevede la trasmissione periodica (trimestrale) dei dati prodotti a livello territoriale, all’Osservatorio Epidemiologico Regionale tramite un preventivo trattamento (codifica) effettuato dai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione.  
La base dati costituirà utile confronto delle rilevazioni effettuate dalle forze dell’ordine mediante il sistema ISTAT-ACI (modello Istat/CttInc) i cui limiti sono stati illustrati in premessa.

A Cadenza quadrimestrale, ciascun azienda partecipante alla sorveglianza invierà il pacchetto di relativi agli specifici eventi da sorvegliare, per il tramite del Referente Aziendale al Comitato Regionale: quest’ultimo avrà cura di garantire il “merge” delle diverse fonti di dati e curerà la produzione del rapporto secondo la frequenza prevista.

#### B) FATTORI DI RISCHIO DELL’INCIDENTALITÀ STRADALE

- Attualmente le conoscenze sulla prevalenza d’uso dei rispettivi dispositivi di sicurezza, da parte dei motociclisti e degli automobilisti, sono facilmente ottenibili mediante l’utilizzo di un collaudato sistema multicentrico di rilevazione, promosso dall’ISS (**Sistema Ulisse**) che

prevede la rilevazione mensile della frequenza d'uso per rispettivo dispositivo, della durata di un'ora, per ogni zona rappresentativa della singola ASL (Zona Urbana, Zona Urbana Periferica, Zona Extraurbana). Nonostante le limitate risorse necessarie ad alimentare il sistema le esperienze di tale rilevazione sono legate, in Regione Campania, a poche ASL aderenti al progetto (Napoli 1, Avellino 2): il coinvolgimento di tutte le AA.SS.LL. regionali sulla sorveglianza dell'uso di casco e cinture rappresenta un obiettivo di minima, alla portata delle Aziende, attivabile in tempi brevi e capace di garantire disponibilità di dati aggiornati ed utili per l'adozione di interventi preventivi di dimostrata efficacia da parte di tutti gli enti coinvolti (Forze dell'ordine, Polizia Municipale, ASL). I dati prodotti dalle rilevazioni delle AA.SS.LL. aderenti al Sistema Ulisse seguiranno la trasmissione secondo la frequenza prevista all'ISS che fornirà le elaborazioni previste, su specifica richiesta, al Comitato Regionale.

- Sulla scia di collaudati sistemi di sorveglianza degli stili di vita e dei comportamenti (Behavioural Risk Factor Surveillance System – CDC, US) la Regione Campania, aderendo ad un iniziativa promossa dall'ISS, su commissione del CCM-Ministero della Salute, ha partecipato, nel 2005, allo **studio PASSI**, un'indagine sperimentale di monitoraggio dei comportamenti a rischio associati con le principali cause di mortalità e morbilità nonché dell'uso dei dispositivi di sicurezza stradale (Cinture e casco) e della guida in stato d'ebbrezza. Lo studio è stato condotto attraverso interviste di un campione significativo della popolazione nella fascia di età 18-69 anni. La conduzione dello studio nelle diverse AA.SS.LL. è stata garantita prevalentemente dai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione delle rispettive aziende regionali che, grazie alla conduzione di studi analoghi durante l'ultimo quinquennio, hanno sviluppato competenze specifiche per tali tipi di rilevazione. Una sezione dello studio è stata dedicata alla sicurezza stradale. Dall'analisi dei dati preliminari è emerso che la prevalenza d'uso delle cinture di sicurezza per coloro che viaggiano sui sedili anteriori, in Regione, risulta del 75% mentre sui sedili posteriori la prevalenza d'uso è limitata al 12%. Riguardo ai motoveicoli, invece, l'uso costante del casco è riferito dal 69% degli intervistati. Inoltre il 13% di coloro che guidano hanno dichiarato di aver guidato almeno una volta in stato di ebbrezza nel mese precedente la rilevazione: tale abitudine risulta particolarmente diffusa negli uomini. Le risultanze di tale studio, oltre a rappresentare un adeguato strumento di confronto dei dati raccolti con altri sistemi, permette di rilevare aree critiche su cui indirizzare opportuni interventi preventivi "evidence based"; la conduzione a cadenza periodica dello studio PASSI, o eventualmente la sua adozione come sistema di sorveglianza continua, garantirà la disponibilità di un monitoraggio dei cambiamenti dei comportamenti a rischio con possibilità di valutazione dell'efficacia degli interventi di volta in volta messi in atto.

#### C) CONOSCENZE E OPINIONI DI POPOLAZIONI TARGET

- I Servizi di Epidemiologia delle AASSLL predisporranno un modello standard per la rilevazione periodica del livello di conoscenza sui fattori associati agli incidenti stradali e le opinioni sul comportamento alla guida in strati di popolazione (studenti, patentati e patentandi). I dati raccolti andranno inviati ogni sei mesi al Referente o al Comitato Aziendale che curerà la trasmissione delle risultanze al Comitato Regionale.

### **3. Definizione di un piano di informazione per gli operatori coinvolti nella sorveglianza**

Programmazione e realizzazione di una giornata di formazione per gli operatori aziendali coinvolti nella sorveglianza, avente ad oggetto i seguenti temi:

- La sorveglianza: teoria e strumenti
- Presentazione del progetto: finalità e obiettivi

- I dati, le fonti ed i flussi

#### **4. Indicatori di processo e di risultato**

Il Comitato Regionale definirà un Piano di valutazione e di monitoraggio del progetto che valuterà l'opportunità di avvalersi dei seguenti indicatori:

▪ **INDICATORI DI PROCESSO:**

- Costituzione del Comitato Regionale per la Prevenzione degli incidenti stradali (SI/NO)
- Costituzione dei Comitati Aziendali per la Sicurezza Stradale delle Aziende aderenti (SI/NO)
- Definizione dei protocolli operativi per l'acquisizione dei dati rilevati routinariamente: entro primo trimestre 2006
- Attivazione dei flussi relativi ai dati rilevati routinariamente: entro primo semestre 2006
- Definizione dei protocolli operativi per l'acquisizione dei dati rilevati con sistemi "ad hoc": entro primo trimestre 2006
- Attivazione dei flussi relativi ai dati da rilevare con sistemi "ad hoc": entro il primo semestre 2006

**INDICATORI DI RISULTATO:**

Saranno definiti nel Piano di Valutazione e contenuti nella Relazione di sintesi annuale dei risultati raggiunti.

#### **5. Tempi per la realizzazione**

- Costituzione Comitato Regionale per la Sicurezza Stradale (tempo T0 - Marzo 2006)
- Definizione puntuale dell'assetto organizzativo e definizione di strumenti di rilevazione dati sanitari (primo quadrimestre 2006)
- Definizione Piano di Valutazione (primo semestre 2006)
- Attivazione dei flussi relativi ai dati rilevati routinariamente: primo semestre 2006
- Attivazione dei flussi relativi ai dati da rilevare con sistemi ad hoc: primo semestre 2006
- Avvio interventi (1° anno)
- Monitoraggio e Valutazione (1° anno)

## **PREVENZIONE**

La prevenzione degli incidenti stradali si deve necessariamente basare su un approccio integrato per garantire l'opportuna sinergia tra i diversi settori coinvolti nella sicurezza stradale: sanità, trasporti, scuola, scuole guida, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada (autotrasportatori, addetti alla manutenzione, ecc.), organizzazioni di volontariato.

Riconoscendo che i determinanti di salute si estendono ben oltre i limiti di intervento dei servizi sanitari, è fondamentale promuovere un'ampia assunzione di responsabilità, a livello individuale e collettivo, attraverso la partecipazione di una pluralità di soggetti, istituzionali e non, con livelli di competenza e responsabilità diverse, che vanno dalla decisione politica, al controllo sociale, all'aggregazione ed alla produzione culturale.

Obiettivo prioritario è rappresentato dallo sviluppo nella popolazione di una "cultura della salute e della legalità" che parta dalla responsabilizzazione di ogni singolo cittadino, al quale deve essere garantito un ambiente favorevole allo sviluppo di conoscenze, abilità e competenze favorevoli a tutelare e migliorare il proprio livello di salute.

Riguardo gli incidenti stradali è necessario realizzare un percorso educativo, sistematico ed integrato tra più attori, in tema di informazione sulla sicurezza stradale, sui fattori che incidono sull'incidentalità stradale con speciale riguardo per i comportamenti personali di rischio (alcool, sostanze d'abuso, farmaci, profili psicologici, utilizzo dei dispositivi di sicurezza). Il percorso informativo ed educativo deve accompagnare la persona dall'età evolutiva fino all'età adulta.

Tenendo conto delle prove di efficacia universalmente riconosciute (EBP), che evidenziano l'importanza del rigore dei controlli su strada nel favorire l'adozione dei sistemi di sicurezza individuale ed il rispetto delle norme del codice della strada, dal momento che la conoscenza e l'informazione sono "conditio sine qua non", ma scarsamente efficaci, da sole, nella prevenzione degli incidenti stradali, si individuano i seguenti obiettivi specifici:

- Sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada, con particolare riferimento all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (casco, cintura di sicurezza, seggiolino per bambini) e per la verifica delle guida in stato di ebbrezza
- Informazione/educazione sull'uso dei dispositivi di sicurezza
- Campagne informative, in collaborazione con i mass-media, per ridurre la guida in stato di ebbrezza
- Miglioramento della qualità delle certificazioni di idoneità alla guida attraverso:
  - *formazione dei medici addetti al rilascio dei certificati di idoneità alla guida*
  - *adozione di questionari standardizzati per l'individuazione dell'uso/abuso di sostanze alcoliche*
  - *screening della capacità visiva degli anziani*
- Sviluppo di alleanze con la MCTC per la formazione di insegnanti e istruttori di scuole guida
- Sviluppo di "percorsi di riabilitazione alla guida" dei soggetti coinvolti in gravi infrazioni del codice della strada (guida in stato di ebbrezza, guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope, ecc.);
- Miglioramento della capacità di guida sicura da parte dei lavoratori che usano la strada, con particolare riferimento agli autotrasportatori, lavoratori delle società autostradali, autisti di ambulanze, ecc.;
- Miglioramento delle competenze tecnico-scientifiche per l'analisi degli strumenti urbanistici (ad esempio, piani regolatori generali, piani particolareggiati, ecc.), con specifico riferimento alla promozione della viabilità sicura;



## **PIANO OPERATIVO**

Anche le attività di prevenzione nascono come progetto pilota nelle Aziende Sanitarie che, oltre ad aver avuto esperienze pregresse nell'ambito dei sistemi di rilevazione epidemiologica sulla Sicurezza Stradale (Ulisse, Passi), decidono di aderire a tale aspetto del progetto.

Si procederà, pertanto, alla sperimentazione di un percorso di promozione della salute e di sviluppo di alleanze con i rappresentanti delle altre istituzioni sociali coinvolte nelle azioni di prevenzione da estendersi, successivamente, all'intero territorio campano.

Il Comitato Regionale per la Sicurezza Stradale svilupperà materiale educativo sulla sicurezza stradale calibrato per le diverse popolazioni target da raggiungere. Sarà sviluppata, inoltre, un'adeguata campagna informativa da diffondere mediante i mass-media.

Sarà definito, infine, un calendario di incontri con le forze dell'ordine, per sviluppare un articolato piano di controlli presso punti critici ed in orari "significativi".

### **1. Costituzione di un Gruppo di Lavoro Regionale per l'Educazione Stradale**

Coordinamento: O.E.R.

Membri: Referenti Aziendali del Progetto "Sicurezza Stradale", Referente Regionale Igiene Pubblica, Referente Regionale Medicina del Lavoro, Referente Regionale Prevenzione e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, Referente Regionale di Educazione alla Salute, Referente Area di Coordinamento 118, Referente Assessorato Trasporti e Viabilità Regione Campania, Rappresentante Regionale delle Forze di polizia e dell'Arma dei Carabinieri.

### **2. Predisposizione e stipula di Protocolli d'Intesa con i seguenti soggetti:**

- Comuni (Sindaci, Corpo di Polizia Municipale)
- Assessorato regionale trasporti
- Provveditori scolastici
- MMG
- Associazione delle Scuole Guida
- Motorizzazione Civile (MCTC)
- Principali testate giornalistiche ed emittenti radiotelevisive locali

### **3. Definizione di un percorso educativo adeguato alle diverse fasce d'età ed a popolazioni target**

Il percorso prevede iniziative diverse in rapporto al target individuato:

<b>Fascia di età</b>	<b>Popolazione target</b>	<b>Obiettivo educativo</b>	<b>Strumenti</b>
<b>Età prescolare</b>	Genitori e bambini	Informare sui criteri per garantire la sicurezza al bambino ed in particolare al bambino trasportato.	Informazioni sulla sicurezza del bambino attraverso i <b>corsi di preparazione alla nascita</b>  Informazioni sulla sicurezza del bambino ed in particolare sulle modalità di ricorso/utilizzo del seggiolino per il bambino trasportato raccolte nel <b>libretto pediatrico personale</b> del bambino, documento che accompagna il bambino per tutta l'età evolutiva

			Informazioni sulla sicurezza del bambino ed in particolare sulle modalità di ricorso/utilizzo del seggiolino per il bambino trasportato erogate dagli operatori dei servizi <b>vaccinali</b> in occasione <b>delle</b> sedute <b>vaccinali</b> .
<b>Età scolare</b>	<b>Genitori e bambini</b>	<b>Educare i bambini alla sicurezza stradale, coinvolgendo anche i loro genitori</b>	<b>Strumenti e modalità differenziate in relazione al livello scolastico</b>
- Scuola materna	Genitori e bambini	Educare i bambini alla sicurezza stradale, coinvolgendo anche i loro genitori	Interventi informativi a carattere preferenzialmente ludico
- Scuola elementare	Genitori e bambini	Educare i bambini alla sicurezza stradale, coinvolgendo anche i loro genitori	Interventi informativi saranno strutturati secondo criteri differenti di complessità per il 1° e 2° ciclo educativo che prevedono il coinvolgimento degli operatori della polizia urbana.
- Scuola media inferiore	Genitori e bambini	Educare i bambini alla sicurezza stradale, coinvolgendo anche i loro genitori	Interventi educativi attuati sulla base di una preliminare rilevazione delle opinioni e dei comportamenti che prevedono il coinvolgimento degli operatori della polizia urbana e/o le associazioni di volontariato.
- Scuola media superiore	Genitori e bambini	Educare i bambini alla sicurezza stradale, coinvolgendo anche i loro genitori	Interventi educativi attuati dopo rilevazioni preliminari, anche campionarie, dei comportamenti e/o degli atteggiamenti a rischio in senso lato, con considerazione, tra questi, degli aspetti attinenti la sicurezza stradale. Prevedono il coinvolgimento degli operatori della polizia urbana e/o le associazioni di volontariato.
<b>Patentandi [18 anni ed oltre]</b>	Soggetti che frequentano le scuole guida per il conseguimento della patente di guida.  Operatori delle scuole guida.	Fornire informazioni sulla sicurezza stradale, le norme, i comportamenti a rischio, soprattutto inerenti l'uso di alcol.	Interventi informativi/educativi presso le scuole guida previa stipula di protocolli di intesa con la Federazione/associazione delle Scuole Guida a livello locale.  Elementi informativi/educativi forniti nel contesto delle lezioni di teoria o attraverso incontri "ad hoc". È previsto il coinvolgimento degli operatori della polizia urbana e dei servizi sanitari più direttamente coinvolti (igiene pubblica, servizi di tossicodipendenza) e/o le associazioni di volontariato.  Gli interventi saranno calibrati tenendo conto di rilevazioni campionarie degli atteggiamenti e delle opinioni in merito alla sicurezza stradale
<b>Patentati [età adulta]</b>	Soggetti che accedono ai servizi di Medicina legale per il rilascio/rinnovo della patente di guida	Raccogliere elementi sull'atteggiamento e le opinioni in elementi Raccogliere merito alla sicurezza alla guida e fornire informazioni preventive corrette, valorizzando un'attività rilevante per i servizi di medicina legale,	I servizi di medicina legale effettueranno rilevazioni periodiche sull'atteggiamento e le opinioni in merito alla sicurezza alla guida degli utenti che vi si rivolgono per il rilascio/rinnovo della patente tramite un questionario compilato dall'utente prima dell'ingresso nell'ambulatorio; il medico valuterà le risposte e fornirà anche materiale informativo sulla sicurezza stradale opportunamente predisposto. I dati raccolti saranno elaborati dai Servizi di Epidemiologia per la produzione di report utili a calibrare i contenuti delle campagne informative
<b>Frequentatori di pub e discoteche</b>	Gestori e frequentatori di pub e discoteche	Responsabilizzare gestori e frequentatori sull'importanza di non guidare a breve distanza dall'assunzione di alcolici	Distribuzione periodica di materiale informativo/educativo presso l'ingresso di pub e discoteche. Attivazione di sistema pubblico di trasporto per garantire i collegamenti tra i locali notturni più frequentati ed i principali centri urbani

<b>Categorie di lavoratori</b>	Autotrasportatori, autisti di ambulanze, ecc	Sostenere la “guida sicura”	Accordi con le diverse categorie professionali per sostenere la guida in condizioni di sicurezza del veicolo (revisioni dei mezzi di trasporto) e degli autisti (astensione dal consumo di alcolici o dall’uso di farmaci che compromettono la performance)
--------------------------------	--	-----------------------------	---

#### **4. Discussione e predisposizione “controlli su strada”**

Dopo analisi e confronto dei dati epidemiologici disponibili, prodotti dai diversi sistemi di rilevazione, sarà discusso, ed eventualmente concordato, un piano di attività per le forze dell’ordine, con indicazione dei punti più significativi dove garantire un numero minimo di controlli, facendo ricorso, eventualmente, a specifica strumentazione (etilometri).

#### **5. Assetto organizzativo (Chi fa cosa)**

Sottogruppi di lavoro del Comitato Regionale sulla Sicurezza Stradale, opportunamente individuati per le specifiche competenze, svilupperanno materiali per garantire una corretta campagna mediatica oltre ad individuare o ideare gli strumenti per la conduzione degli interventi di educazione sanitaria per le specifiche popolazioni target.

Gli stessi predisporranno bozze standard di protocolli d’intesa con le diverse forze sociali da coinvolgere (Comuni, Scuole, Forze dell’ordine, Associazioni di volontariato) che potranno essere utilizzate dalle rispettive Aziende aderenti al progetto.

Presso le Aziende il Referente di progetto o, laddove individuato, il Comitato Aziendale per la Sicurezza Stradale, dovrà garantire una serie di attività divise, di seguito, per area di competenza:

- **Area di Igiene Pubblica, Epidemiologia ed Educazione Sanitaria:**
  - Promozione e stipula protocolli d’intesa tra i diversi attori sociali;
  - realizzazione di programmi specifici opportunamente predisposti per l’educazione sanitaria (rilevazione di opinioni e comportamenti nelle scuole, formazione degli insegnanti, conduzione di programmi di informazione per l’età prescolare e scolare);
  - predisposizione accordi con le forze dell’ordine e con altre forze sociali per la realizzazione di azioni congiunte rivolte agli studenti ed ai genitori;
  - Diffusione di materiale informativo e la rilevazione del livello di conoscenza/consapevolezza dei fattori di rischio per la guida in condizioni di pericolo ai giovani frequentatori di locali di divertimento notturno
- **Area Materno Infantile:**
  - Attuazione degli interventi di educazione sanitaria per i futuri genitori (corsi di preparazione al parto), finalizzati all’uso dei seggiolini per i bambini;
  - Educazione dei genitori sul corretto uso dei dispositivi di sicurezza (in occasione delle sedute vaccinali);
- **Area di Medicina Legale:**
  - Attuazione del percorso informativo-educativo relativo ai patentandi e patentati;
- **Area di Medicina del Lavoro:**
  - Attuazione del percorso educativo dei lavoratori più esposti al rischio stradale (autisti, etc.).
- **Area delle tossicodipendenze:**
  - Attuazione degli interventi riabilitativi per i soggetti alcol dipendenti garantendo gli interventi informativi dei rischi alla guida in stato di ebbrezza.

## **6. Definizione di un piano di formazione per gli operatori coinvolti nelle azioni preventive**

Programmazione e realizzazione di una giornata di formazione per gli operatori aziendali coinvolti nella prevenzione, avente ad oggetto i seguenti temi:

- Il nuovo codice della strada
- I sistemi di protezione individuali (casco, cintura di sicurezza, seggiolino per bambini)
- L'educazione sanitaria: gli strumenti
- Presentazione del progetto: finalità e obiettivi

## **7. Indicatori di processo e di risultato**

Il Comitato Regionale definirà un Piano di valutazione e di monitoraggio del progetto che valuterà l'opportunità di avvalersi di un set minimo di indicatori, fra cui quelli di seguito elencati, opportunamente definiti nel Piano di Valutazione.

### **INDICATORI DI PROCESSO:**

- Definizione puntuale dell'assetto organizzativo e definizione di strumenti da utilizzare per gli interventi educativo/formativi (primo quadrimestre 2006)
- Definizione di modelli di protocolli d'intesa con i diversi attori sociali (SI/NO)
- Realizzazione corso di formazione: entro il primo semestre 2006
- Predisposizione degli strumenti informativo/educativi (SI/NO)
- Costituzione del Comitato aziendale per la Educazione Stradale (SI/NO)
- Stipula protocolli d'intesa con i diversi attori sociali (SI/NO)

### **INDICATORI DI RISULTATO:**

- Aumento della consapevolezza dell'importanza di una guida sicura nei diversi target (Rilevazione attraverso indagini campionarie, a cadenza periodica, prima e dopo la conclusione degli interventi preventivi)
- Sviluppo di sinergie operative con le forze dell'ordine (livello di partecipazione alle iniziative comuni)
- N° di controlli effettuati dalle forze dell'ordine

## **8. Tempi per la realizzazione**

Il progetto avrà durata di tre anni:

- Costituzione Sottogruppo del Comitato Regionale per lo sviluppo di materiale per l'Educazione Stradale (T<sub>0</sub> – Gennaio 2006)
- Definizione dell'assetto organizzativo e degli strumenti da utilizzare per gli interventi educativo/formativi (primo semestre 2006)
- Stipula protocolli d'intesa con i diversi attori sociali (primo semestre 2006)
- Definizione Piano di Valutazione (Giugno – Dicembre 2006)
- Avvio interventi (secondo semestre 1° - 3° anno)
- Monitoraggio e Valutazione (1° - 3° anno)
- Avvio del piano articolato di controlli delle forze dell'ordine (1° - 3° anno)

## Piano Finanziario

<b>FONDI CIPE quota indistinta</b>	Aziende Sanitarie Locali			€ 475.481
<b>FONDI CIPE quota obiettivi PSN</b>				€ 524.519
<b>totale fondi CIPE</b>			100%	<b>€ 1.000.000</b>
ripartizione fondi CIPE	{ Aziende Sanitarie Locali } <i>coordinamento Regionale</i>	{ personale (compresa formazione) potenziamento SIS, promozione }	60%	€ 600.000
			30%	€ 300.000
			10%	€ 100.000
ripartizione coordinamento regionale	{ }	formazione, promozione	50%	€ 50.000
		Contratti e Collaborazioni	25%	€ 25.000
		sistema informativo	25%	€ 25.000