

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

SORVEGLIANZA E PREVENZIONE
DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

REGIONE LAZIO

Titolo:**Programma di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici nella Regione Lazio****Estremi e riferimenti dei referenti regionali**

Agenzia di Sanità pubblica Regione Lazio: Sara Farchi, Piero Borgia, Maurizio Di Giorgio, Antonio Mastromattei, Domenico Di Lallo

Assessorato alla Sanità della Regione Lazio: Maria Lorenzoni, Amalia Vitagliano; Edoardo Turi .

Sintesi:

il progetto si articola in due sottoprogetti: la sorveglianza e la prevenzione.

La sorveglianza prevede l'integrazione dei dati di pronto soccorso con i dati degli altri sistemi informativi sanitari: ricoveri, riabilitazione, mortalità. Saranno disponibili inoltre informazioni sulla dinamica e luogo dell'incidente raccolte presso i pronto soccorso partecipanti al progetto SINIACA-DATIS. Tale sorveglianza verrà integrata con una sorveglianza attiva degli incidenti che non passano per il pronto soccorso, presumibilmente meno gravi. Essa verrà attivata attraverso la collaborazione con la medicina di base e le strutture residenziali o semi-residenziali.

La prevenzione, mirata a gruppi di popolazione a rischio e che riguarderà interventi la cui efficacia è dimostrata in base a evidenze scientifiche, verrà attivata con il coinvolgimento degli enti locali, delle scuole, e di altre istituzioni in un tavolo di collaborazione: campagne informative, visite domiciliari e attività fisica per gli anziani.

Introduzione

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza. Diversi paesi europei e extra-europei hanno avviato già da alcuni anni politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno.

La Comunità europea ha avviato un programma per la sorveglianza e il monitoraggio di tali accadimenti, attraverso la sorveglianza degli eventi che accedono alle strutture dell'emergenza (ELHASS).

Quadro normativo di riferimento

L'OMS ha individuato per il 2000 l'obiettivo di riduzione del 25% dei casi fatali, e la problematica degli incidenti domestici è stata inserita nel programma "La salute per tutti nel 2000".

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha tra gli obiettivi la riduzione della mortalità e della disabilità conseguente agli incidenti domestici, e tali obiettivi sono recepiti e contestualizzati nei piani sanitari regionali.

Il Piano Sanitario Regionale per il triennio 2002-04 definiva come sfida prioritaria nell'ambito della prevenzione la realizzazione di una sorveglianza epidemiologica del fenomeno incidentistico e la realizzazione degli interventi di prevenzione (vedi box)

Obiettivo A.2.1

Realizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico stradale e domestico a livello regionale

Obiettivo A.2.2

Assicurare la promozione della salute attraverso la realizzazione di interventi educativi nel campo dell'infortunistica stradale e domestica, coinvolgendo le strutture più idonee (scuola, scuole guida, servizi di assistenza domiciliare, etc.).

Interventi di prevenzione degli infortuni stradali e domestici vanno individuati alla luce di quanto elaborato dalle istituzioni che attualmente se ne occupano, principalmente ITSS ed il Ministero dei Lavori Pubblici.

Le tipologie di intervento andranno mirate a target specifici di popolazione che dovranno essere raggiunti nelle sedi più appropriate, con il coinvolgimento delle strutture interessate (scuole, scuole guida, centri anziani, servizi di assistenza domiciliare ed altri servizi sociali).

Al fine di validare interventi specifici, occorre prevedere un'implementazione multicentrica di essi con la valutazione dell'impatto condotta a cura dell'ASP.

La Legge 3 dicembre 1999, n. 493 recante 'Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli incidenti domestici' e il progetto relativo al Sistema Informativo Nazionale Sugli incidenti domestici –SINIACA- promosso dall'ISS hanno costituito le premesse per indicare nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 (DCR n°114/02) del Lazio le azioni da intraprendere per far fronte a questo tipo di problematiche sia in termini di monitoraggio degli incidenti domestici che di interventi che mirino alla loro prevenzione.

Razionale

I fattori di rischio coinvolti nella genesi degli incidenti domestici sono per i bambini:

- le condizioni abitative (presenza di impianto elettrico a norma , di cancelli di sicurezza per scale e balconi, di ganci per il fissaggio di mobili alle pareti etc..)
- le caratteristiche dei giocattoli, elettrodomestici, farmaci, prodotti chimici per la pulizia..
- il comportamento dei genitori

per le casalinghe:

- la scarsa informazione con il conseguente comportamento inappropriato
- gli spazi inadeguati dovuto anche in parte al crescente numero di elettrodomestici
- l'uso non accorto di farmaci e di prodotti per l'igiene domestica

per gli anziani invece ad essere posti in causa sono :

- lo stato di salute (malattie cardiocircolatorie, artrosi, demenza, disturbi della vista, e della deambulazione), e l'uso di farmaci(benzodiazepine, diuretici, sedativi, farmaci cardioattivi, e antiipertensivi),
- la condizione psicologica (depressione, solitudine),
- le abitudini e comportamenti (vita sedentaria, deficit nutrizionali legati soprattutto a carenza di vitamina D)

- le condizioni abitative
- il mancato o inappropriato utilizzo di ausili per la deambulazione

Per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti domestici i dati di letteratura evidenziano come gli interventi più efficaci sono quelli che si accompagnano ad iniziative di carattere legislativo, e quelli che mirano ad eliminare i rischi legati all'ambiente domestico (specie per la popolazione casalinga e anziana), mentre ci sono solo deboli evidenze a favore degli interventi di carattere prettamente educativo/informativo. In particolare per la prevenzione degli incidenti domestici nei bambini si sono dimostrati efficaci gli interventi che incentivano l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (rilevatori per il fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua), e quelli in cui è previsto il sopralluogo nelle abitazioni, accompagnati da un breve intervento formativo. Per gli anziani invece oltre agli interventi per la modificazione dell'ambiente domestico (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, installazione dei corrimano, maniglie da vasca da bagno e strisce adesive antiscivolo) si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare e il senso di equilibrio.

Dimensioni del problema nel Lazio

In Italia sussistono diverse iniziative a carattere Istituzionale (ISTAT: Indagine multiscopo, ecc; ISPESL: Indagine multicentrica su nove regioni italiane, ecc.) e iniziative locali (sorveglianza degli incidenti domestici nel Lazio ad esempio) volte a raccogliere informazioni per la individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica incidentistica al fine di mettere in atto politiche di prevenzione, educazione sanitaria e sicurezza. Dall'esame di tali iniziative emerge come le fasce di popolazione a maggior rischio siano quella dei bambini (alta incidenza di eventi e alto tasso di ospedalizzazione), e quella degli anziani (alta incidenza di eventi, alto tasso di ospedalizzazione e alta mortalità). Mentre le casalinghe, costituiscono oggetto di interesse essendo particolarmente esposte ai rischi domestici.

Un sistema di sorveglianza degli incidenti domestici è stato avviato in fase sperimentale per i dati relativi all'anno 2000. Si caratterizzava per l'individuazione dell'evento presso gli accessi al PS. I pazienti visitati dal PS sono stati poi seguiti durante il percorso

assistenziale, monitorando eventuali ricoveri ospedalieri. E' stato poi valutato l'esito finale attraverso l'uso dei certificati di morte.

Nel 2002 è stato avviato un progetto riguardante la sorveglianza degli incidenti stradali e domestici, coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP), che prevede l'integrazione delle informazioni relative al rilevamento degli incidenti domestici, fornite dal SINIACA, con quelle del Sistema Informativo per l'emergenza sanitaria (SIES) già esistente. Tali informazioni, congiuntamente a quelle individuate per gli incidenti stradali, sono state integrate nel sistema informatizzato che gestisce la cartella clinica di PS (GIPSE) e, contestualmente, permette la raccolta dei dati del sistema informativo SIES.

La Regione ha istituito il sistema di sorveglianza epidemiologica degli incidenti stradali e degli incidenti domestici, con DGR 685/03, prevedendo una sperimentazione in 20 strutture di PS, scelte dall'ASP in base a copertura del territorio regionale, qualità della raccolta dei dati, livello di complessità assistenziale (PS/DEA), nonché disponibilità di partecipazione alla sperimentazione. Successivamente sono entrate a far parte del sistema, in maniera graduale, le altre strutture di emergenza.

La sperimentazione ha permesso di verificare la validità del set di informazioni e il flusso informativo analizzando l'impatto dell'introduzione di nuove informazioni nella normale attività di raccolta dati dell'operatore sanitario di pronto soccorso. I risultati potranno essere utilizzati per la pianificazione della fase di messa a regime della sistema di sorveglianza.

Nel corso dell'anno 2000, 145.000 persone hanno avuto accesso ad una delle 60 strutture dell'emergenza della Regione Lazio per incidenti avvenuti in casa. Il tot % di questi è stato ospedalizzato e il tot % è deceduto entro un anno dall'evento.

I gruppi di popolazione a rischio sono prevalentemente i bambini (0-x età) e gli anziani.

Le tipologie di lesione riportate sono: le contusioni (34%), le ferite (21.3%), e le fratture 14.4%. Le ustioni e gli avvelenamenti hanno una frequenza del 2.3% e dell'1%. Gli arti superiori ed inferiori sono i distretti corporei maggiormente colpiti (32.8% e 24.2%), insieme alla testa e collo (23.1%).

L'incidenza degli accessi alle strutture dell'emergenza a carico dei bambini e adolescenti residenti nella regione Lazio è pari al 34 per mille, mentre l'ospedalizzazione risulta pari al 2 per mille. Rispetto alla popolazione generale, i bambini hanno una più alta

percentuale di lesioni della testa e del collo, inoltre risulta una quota importante di lesioni interne (19.2%) e traumatismi intracranici (20%). L'incidenza degli accessi alle strutture dell'emergenza a carico degli anziani risulta pari a 29.7 per mille, l'ospedalizzazione pari allo 6.7 per mille. Gli incidenti mortali coinvolgono quasi esclusivamente la popolazione anziana, per la quale la maggior gravità del fenomeno è in parte attribuibile alle condizioni fisiche (perdita di elasticità, debolezza, impedimento nei gesti, difficoltà di coordinamento), psichiche (depressione, solitudine) e cliniche (malattie croniche), e all'uso di farmaci.

I dati dell'indagine multiscopo dell'ISTAT (biblio) riportano, nella Regione Lazio, un numero di incidenti pari a 51.000 per l'anno 2002, corrispondenti ad un tasso di 9.8 per mille persone.

Diverse sono state le attività di prevenzione attivate nella Regione.

La Regione ha partecipato ad uno studio conoscitivo finanziato dall'ISPESL sui determinanti degli incidenti domestici. E' stato effettuato uno studio caso-controllo nella città di Roma. I casi erano ultrasessantacinquenni residenti a Roma ricoverati presso alcuni ospedali per un incidente domestico; i controlli, appaiati per sesso, età e area di residenza venivano individuati attraverso l'anagrafe di Roma. In un'indagine effettuata su un campione di 800 anziani ultrasessantacinquenni assistiti da un gruppo di MMG della provincia di Latina, è stata rilevata un'incidenza annuale di cadute del 27,7%. Solo il 17,8% degli anziani caduti si è rivolto al PS, mentre il 60% non ha nemmeno informato il proprio MMG dell'evento caduta. Presso alcune delle ASL Sono stati attivati alcuni interventi educativi rivolti ai bambini e svolti presso la scuola e la ASL.

Quello che emerge da questa rassegna è la frammentarietà delle azioni che rende necessaria un'azione di coordinamento volta a pianificare programmi regionali e monitorare le attività.

Finalità generali

Il presente progetto si articola in due sottoprogetti. Il primo consiste nella creazione di un sistema di sorveglianza in grado di monitorare il fenomeno nel tempo, di pianificare azioni di prevenzione e di osservare l'effetto di tali azioni; il secondo sottoprogetto raccoglie tutti gli interventi di prevenzione che verranno effettuati.

Pianificare interventi di sanità pubblica che mirino al controllo degli incidenti domestici su tutto l'ambito regionale.

Sorveglianza

Obiettivo

Implementare il sistema di sorveglianza sugli incidenti domestici basato sull'integrazione dei dati amministrativi (SIES, SIO, SIAR, SIM). Il sistema di sorveglianza conterrà, per tutti i PS o per una parte di essi, anche informazioni sulla dinamica dell'incidente in modo da poter legare gli effetti sanitari ai fattori di rischio (progetto SINIACA, sistema informativo DATIS). Verrà implementata anche una sorveglianza attiva degli incidenti che non esitano in un accesso al pronto soccorso con la collaborazione della medicina di base, delle strutture residenziali e semi-residenziali e di altri enti della regione per individuare gli incidenti dei bambini, degli anziani e delle casalinghe.

Piano Operativo

Attori:

ASP, PS/DEA presso le ASL, AO, IRCCS o policlinici universitari, ISS, MMG e PLS, strutture residenziali/semi-residenziali.

Individuazione dei destinatari dell'intervento:

Dipartimenti di Prevenzione, operatori sanitari (medici ed infermieri) di pronto soccorso e i MMG, PLS, strutture per anziani.

Individuazione dell'ambito territoriale:

Il progetto ha un ambito regionale. Si attuerà nei PS/DEA presso le ASL, AO, IRCCS o policlinici universitari.

Attività

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale del sottoprogetto "sorveglianza";
2. Analisi dei dati della sperimentazione in corso del sistema di sorveglianza in PS;

3. Definizione delle caratteristiche e informazioni da rilevare nella sorveglianza in via di attivazione;
4. Definizione delle modalità e delle informazioni da rilevare nella sorveglianza attiva dei medici di base e delle strutture per anziani;
5. Definizione delle modalità e delle informazioni da rilevare nella sorveglianza attiva degli incidenti delle casalinghe;
6. Messa a punto del software;
7. Formazione degli operatori sanitari di PS, alla raccolta dei dati mediante lo strumento informatico GIPSE, con la metodologia "a cascata" che favorisce l'apprendimento sul luogo del lavoro;
8. Formazione degli operatori della medicina di base e delle strutture per anziani per la sorveglianza attiva;
9. Sviluppo di procedure di integrazione della base dati con i sistemi informativi sanitari esistenti;
10. Produzione di reportistica semestrale ed annuale sull'andamento degli incidenti domestici;

Monitoraggio del progetto

Output intermedi del progetto sono:

- la costituzione del gruppo di coordinamento regionale; da completarsi entro i primi tre mesi dall'inizio del progetto;
- La messa a punto della maschera informatica SINIACA-DATIS per la rilevazione delle dinamiche dell'incidente, da fare entro i primi tre mesi;
- Il coinvolgimento dei PS/DEA nella rilevazione SINIACA-DATIS; almeno il 25% dei PS/DEA regionali;
- Il linkage tra le diverse fonti informative; da realizzarsi entro il primo anno;

Output finali:

- la predisposizione di procedure standardizzate per gli anni successivi;
- la produzione del primo report per l'anno 2005, per le singole ASL.

Cronogramma

| | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | V trimestre | VI trimestre | VII trimestre | VIII trimestre |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|----------------|
| Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale | ASP-ISS-PS/DEA-MMG | | | | | | | |
| Analisi dei dati della sperimentazione | ASP | | | | | | | |
| Definizione della maschera DATIS | ASP | | | | | | | |
| Definizione sorveglianza attiva | ASP-ISS-MMG-strutture | ASP-ISS-MMG-strutture | | | | | | |
| Messa a punto del software; | ASP | ASP | | | | | | |
| Formazione degli operatori sanitari di PS | ASP | ASP | | | | | | |
| Formazione dei MMG, PLS, strutture | ASP | ASP | | | | | | |
| Sviluppo di procedure di integrazione delle fonti | ASP | ASP | ASP | ASP | | | | |
| Produzione di reportistica | | | | | ASP | ASP | ASP | ASP |

Prevenzione

Obiettivo

Obiettivo generale di ogni attività di prevenzione degli incidenti domestici, in questo ambito, deve essere la riduzione di morbilità e mortalità per traumi. Tale obiettivo è estremamente difficile da monitorare in ambiti territoriali ristretti e su tempi brevi, seppure rimane l'orizzonte sul quale misurarsi e ogni intervento debba mettersi nelle condizioni di monitorare gli effetti prodotti.

Il presente progetto si pone come obiettivo l'attivazione di interventi di prevenzione su specifiche problematiche (cadute accidentali, uso di elettrodomestici, ecc) che vedano il coinvolgimento della popolazione a rischio (bambini, casalinghe, anziani, pazienti con Malattia di Alzheimer o con morbo di Parkinson):

1. Educazione sanitaria con il coinvolgimento della medicina distrettuale (MMG, medici della continuità assistenziale)
2. Promozione dell'attività fisica aperta a tutta la popolazione a rischio con il coinvolgimento delle autorità comunali
3. Promozione di visite domiciliari per la valutazione degli aspetti strutturali delle abitazioni
4. Formazione degli operatori sanitari che si occupano di assistenza territoriale sulla pianificazione di interventi di sensibilizzazione della popolazione e sulla gestione degli aspetti socio-assistenziali.

Obiettivi specifici sono:

- Aumentare le conoscenze e ridurre i comportamenti a rischio nelle seguenti categorie:
 - Genitori di bambini in età scolare e prescolare
 - Bambini/adolescenti
 - Casalinghe
 - Anziani
 - Persone coinvolte nell'assistenza agli anziani in particolare malati di Alzheimer o di Parkinson.
- Favorire l'adozione di dispositivi di sicurezza di provata efficacia (es: copripresa, tappetini antiscivolo nel bagno, corrimano) per la prevenzione delle principali cause di incidente in ambiente domestico

Piano Operativo

Attori:

ASP, operatori dei dipartimenti di prevenzione, dei distretti sanitari, MMG, PLS, Distretti scolastici, ISS.

Individuazione dei destinatari dell'intervento:

la popolazione a rischio (anziani, bambini, casalinghe, Malattia di Alzheimer o con morbo di Parkinson).

Individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto:

ASL, Comuni e Municipi

Individuazione di eventuali collaborazioni che si ha intenzione di attivare:

Associazioni di pazienti, Società Scientifiche, ISPESL ecc.

Attività:

1. Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico del sottoprogetto "prevenzione";
2. Istituzione del tavolo di collaborazione tra i diversi attori promotori e fruitori degli interventi. Tale fase prevede la possibilità di inserire, laddove si ritenga necessario, alcune organizzazioni o associazioni che operano in questo ambito;
3. Individuazione delle azioni di comprovata efficacia e definizione dei programmi di prevenzione;
4. Formazione degli operatori coinvolti;

5. Attivazione di campagne di prevenzione rivolte agli anziani e malati di Alzheimer e Parkinson;
6. Attivazione di campagne informative sulle presso le scuole elementari e medie;
7. Attivazione di campagne educative per le casalinghe;
8. Attivazione di programmi di prevenzione per i bambini in ambito consultoriale nei corsi di preparazione alla nascita o in sedute di somministrazione di vaccinazioni;
9. Attivazione del programma di attività fisica per gli anziani;
10. Attivazione di un programma di visite domiciliari volte a determinare i rischi domestici per bambini, casalinghe ed anziani;
11. Utilizzo della sorveglianza integrata per il monitoraggio degli effetti di ogni intervento. Perché il monitoraggio sia metodologicamente valido, sarà opportuno calcolarne la potenza statistica.

Per quanto riguarda alcune specifiche attività di formazione volte ad aumentare le conoscenze e ridurre i comportamenti a rischio, si dovrà anche tenere conto delle risultanze dei Gruppi di lavoro regionale attivati dall'ISS e dall'ASP, nell'ambito del progetto "Scuola Salute" al fine di uniformare le metodologie di intervento e gli strumenti utilizzati.

Monitoraggio

Output intermedi

- Tavoli di lavoro ASL, enti locali, scuole, almeno uno entro il primo trimestre e due entro il secondo.
- Formazione degli operatori entro il 18-esimo mese

Output finali

- Campagne informative prodotte
- Corsi di formazione svolti
- Programmi di visite domiciliari effettuate
- Programmi di attività fisica effettuati

Qualora un intervento specifico abbia una popolazione target sufficiente ampia e un periodo di implementazione chiaramente individuabile tale da poter trasformare il monitoraggio in una valutazione di efficacia con un disegno di studio prima/dopo controllato, l'obiettivo sarà la riduzione del numero e della gravità degli accessi in pronto

soccorso. La verifica di tali condizioni deve essere fatta a priori in base a un calcolo della potenza del monitoraggio/studio di valutazione.

Cronogramma

| | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | V trimestre | VI trimestre | VII trimestre | VIII trimestre |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Costituzione di un gruppo di coordinamento regionale | ASP-ASL-enti locali-ISS | ASP-ASL-enti locali-ISS | ASP-ASL-enti locali-ISS | ASP-ASL-enti locali-ISS | ASP-ASL-enti locali-ISS | ASP-ASL-enti locali-ISS | ASP-ASL-enti locali-ISS | ASP-ASL-enti locali-ISS |
| Istituzione del tavolo di collaborazione | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali |
| Individuazione delle azioni | ASL-ASP-ISS | ASL-ASP-ISS | ASL-ASP-ISS | | | | | |
| Formazione degli operatori coinvolti | | ASP | ASP | ASP | ASP | ASP | | |
| Attivazione di campagne di prevenzione rivolte agli anziani e malati di Alzheimer e Parkinson; | | | | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali |
| Attivazione di campagne informative | | | | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali |
| Attivazione di programmi di prevenzione per i bambini | | | | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali |
| Attivazione del programma di attività fisica per gli anziani; | | | | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali |
| Attivazione di un programma di visite domiciliari | | | | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali | ASL-enti locali |
| monitoraggio degli effetti | | | | ASP | ASP | ASP | ASP | ASP |

* questa attività prosegue durante tutto il progetto e, possibilmente anche dopo il suo termine, ma nei primi due trimestri dove è stato definito un obiettivo: di averne attivata almeno una entro il primo e due entro il secondo.

Bibliografia

Programme of Community action on injury prevention (1999 - 2003).

<http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11556.htm>

Piano sanitario Nazionale 2003-2005. <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>

Piano Sanitario regionale 2002-2004. <http://www.regione.lazio.it/sanita/PSR/psr.shtml>

Legge 3 dicembre 1999, n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli incidenti domestici".

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99493l.htm>

DGR 685/2003: Istituzione del Sistema di sorveglianza degli incidenti stradali e domestici nel Lazio.

Powell EC, Tanz RR. Adjusting our view of injury risk: the burden of nonfatal injuries in infancy. *Pediatrics*. 2002 Oct;110(4):792-6.

Runyan CW, Perkis D, Black C, et al. Unintentional injuries in the home in the United States. Part I: mortality. *Am J Prev Med* 2005;28:73–9.

Gulliver P, Dow N, Simpson J. The epidemiology of home injuries to children under five years in New Zealand. *Aust N Z J Public Health*. 2005 Feb;29(1):29-34.

Runyan CW, Perkis D, Marshall SW, Johnson RM, Coyne-Beasley T, Waller AE, Black C, Baccaglini L. Unintentional injuries in the home in the United States Part II: morbidity. *Am J Prev Med*. 2005 Jan;28(1):80-7.

Brennan (nee Saunders) J, Johansen A, Butler J, et al. Place of residence and risk of fracture in older people: a population-based study of over 65-year-olds in Cardiff. *Osteoporos Int* 2003 Apr 30;

Weiss SJ, Chong R, Ong M, et al. Emergency medical services screening of elderly falls in the home. *Prehosp Emerg Care* 2003 Jan-Mar;7(1):79-84

Kopjar B, Wickizer TM. Population-based study of unintentional injuries in the home. *Am J Epidemiol*. 1996 Sep 1;144(5):456-62.

Emanuelson I. How safe are childcare products, toys and playground equipment? A Swedish analysis of mild brain injuries at home and during leisure time 1998-1999. *Inj Control Saf Promot*. 2003 Sep;10(3):139-44.

American Geriatric Society. Guidelines for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664 –72.

Ballesteros MF, Schieber AA, Gilchrist J, Holmgreen P, Annest JL. Differential ranking of causes of fatal versus non-fatal injuries among U.S. children. *Inj Prev* 2003;9:173– 6.

Rogmans W. [Home and leisure accidents in young persons under 25 years of age in the European Union: challenges for tomorrow] *Sante Publique*. 2000 Sep;12(3):283-98.

Giorgi Rossi P, Farchi S, Chini F, Camilloni L, Borgia P, Guasticchi G. Road traffic injuries in Lazio, Italy: a descriptive analysis from an emergency department-based surveillance system. *Ann Emerg Med*. 2005 Aug;46(2):152-7.

Barell V, Aharonson-Daniel L, Fingerhut LA, et al. An introduction to the Barell body region by nature of injury diagnosis matrix. *Inj Prev* 2002 Jun;8(2):91-6.

MacKenzie EJ, Steinwachs DM, Shankar B. Classifying trauma severity based on hospital discharge diagnoses. Validation of an ICD-9CM to AIS-85 conversion table. *Med Care*. 1989 Apr;27(4):412-22.

Dedoukou X, Spyridopoulos T, Kedikoglou S, Alexe DM, Dessypris N, Petridou E. Incidence and risk factors of fall injuries among infants: a study in Greece. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Oct;158(10):1002-6.

Agran PF, Anderson C, Winn D, Trent R, Walton-Haynes L, Thayer S. Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. *Pediatrics*. 2003 Jun;111(6 Pt 1):e683-92.

Zuckerbraun NS, Powell EC, Sheehan KM, Uyeda A, Rehm KP, Barlow B. Community childhood injury surveillance: an emergency department-based model. *Pediatr Emerg Care*. 2004 Jun;20(6):361-6.

Posner JC, Hawkins LA, Garcia-Espana F, et al. A randomized, clinical trial of a home safety intervention based in an emergency department setting. *Pediatrics*. 2004 Jun;113(6):1603-8.

Dewar DJ, Magson CL, Fraser JF, et al. Hot beverage scalds in Australian children. *J Burn Care Rehabil*. 2004 May-Jun;25(3):224-7.

Waller AE, Marshall SW, Langley JD. Adult thermal injuries in New Zealand resulting in death and hospitalization. *Burns*. 1998 May;24(3):245-51.

Geusens P, Milisen K, Dejaeger E, et al. Falls and fractures in postmenopausal women: a review. *J Br Menopause Soc*. 2003 Sep;9(3):101-6. Review.

Villalba-Cota J, Trujillo-Hernandez B, Vasquez C, et al. Causes of accidents in children aged 0-14 years and risk factors related to the family environment. *Ann Trop Paediatr*. 2004 Mar;24(1):53-7.

Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. *Am J Epidemiol*. 2003 Oct 1;158(7):645-53.

Saluja G, Brenner R, Morrongiello BA, Haynie D, Rivera M, Cheng TL. The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. *Inj Control Saf Promot*. 2004 Mar;11(1):17-22.

Morrongiello BA. Do children's intentions to risk take relate to actual risk taking? *Inj Prev*. 2004 Feb;10(1):62-4.

Morris JA Jr, MacKenzie EJ, Edelstein SL. The effect of preexisting conditions on mortality in trauma patients. *JAMA*. 1990 Apr 11;263(14):1942-6.

Towner E, Dowswell T. Community-based childhood injury prevention interventions: what works? *Health Promot Int.* 2002 Sep;17(3):273-84. Review.

Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systemic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 2. *Inj Prev.* 2001 Sep;7(3):249-53. Review.

Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: part 1. *Inj Prev.* 2001 Jun;7(2):161-4. Review.

Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Jones SA, Rolfe B, Kemp A, Johansen A.

Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD003600. Review.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000340. Review.

DiGuseppi C, Higgins JP. Interventions for promoting smoke alarm ownership and function. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(2):CD002246. Review.

ISTAT. Stili di vita e condizioni di salute Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2002. ISTAT, 2004. Informazioni n.36.

S. Farchi, P. Giorgi Rossi, F. Chini, M. Di Giorgio, P. Borgia, A. Polenta, G. Guasticchi. LA SORVEGLIANZA DEGLI INCIDENTI DOMESTICI: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE LAZIO. Congresso EBP, Verona, 2003.

S. Farchi, P. Giorgi Rossi, F. Chini, L. Camilloni, M. Di Giorgio, G. Lori, P. Borgia, G. Guasticchi. Looking at home injuries using an emergency-based surveillance system: a complex phenomenon. 7th Conference on World Safety and injury Prevention. Vienna, 2004

R McClure, C Turner, N Peel, A Spinks, E Eakin, K Hughes, Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people, *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 4 Copyright © 2005

Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004;328:680-686

