



Direzione Generale V  
Politiche per la tutela della Salute, Promozione e Tutela Sociale  
Servizio Igiene e Prevenzione

**PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE 2005-2007**  
**PROGETTO PREVENZIONE**  
**DEGLI INCIDENTI DOMESTICI**

*REFERENTE SCIENTIFICO: dott. Roberto Patriarchi*

*REFERENTE ISTITUZIONALE: dott.ssa Lina Adelina d'Alò*

*REFERENTI TECNICI: dott.ssa Vanna Antonelli*

## INTRODUZIONE

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc).

Gli incidenti domestici costituiscono nei paesi industrializzati una rilevante area-problema di sanità pubblica, come si evince dalla valutazione quantitativa della mortalità e morbosità secondaria a questa tipologia d'incidente. Tale problematica sta ricevendo una semplice maggiore attenzione nei programmi di sanità pubblica: negli ultimi 20 anni in molti paesi industrializzati e nell'Unione Europea diversi progetti di ricerca, sistemi di sorveglianza e programmi di prevenzione sono stati attivati in questa area. Il crescente interesse è dovuto al peso sociale degli infortuni domestici in termini di vite umane, assistenza sanitaria ospedaliera ed extra-ospedaliera, invalidità temporanea permanente, cui ha corrisposto un aumento delle risorse impegnate su questa tematica ad esempio nel settore della sanità pubblica.

Anche in Italia il fenomeno assume particolare rilevanza, ma i dati disponibili per valutarne la dimensione sono tuttora incompleti e spesso frammentati. In proposito sarà opportuno effettuare una rapida panoramica delle principali fonti informative ad oggi disponibili. L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) conduce un'indagine periodica multiscopo sugli stili di vita familiari, rilevazione campionaria fondata sulle interviste di 23.000 famiglie. Sulla base di questi dati campionari si può stimare che nel 2001 in Italia 2.848.000 persone abbiano subito un incidente domestico, corrispondente al 5% della popolazione italiana con un tasso di incidenza di 50 casi ogni 1.000 abitanti nell'anno.

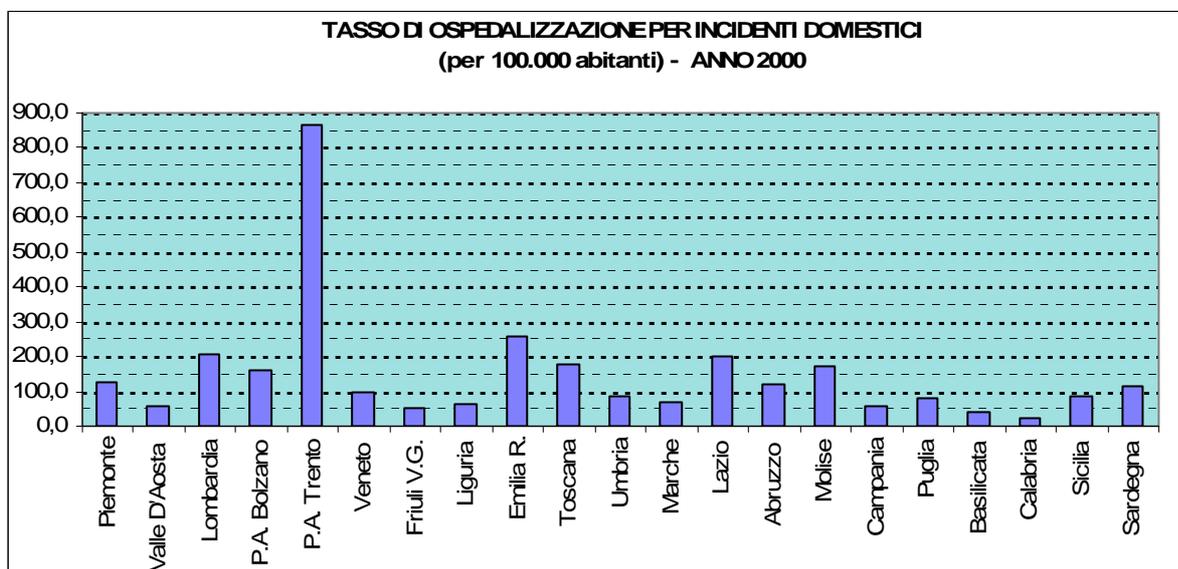
I gruppi di popolazione maggiormente colpiti sono stati quelli che trascorrono maggior tempo a casa: donne (incidenza 68,0 casi per 1.000 abitanti vs. 30,4 negli uomini), anziani (incidenza 97,2 età 75 anni ed oltre; 66,0 età 65-74) e bambini in età pre-scolare (incidenza 62,4 per 1.000 abitanti anno). Le casistiche più frequenti riguardano donne anziane (28,2% dei casi, donne di 65 anni ed oltre), donne adulte (15,9%, donne di 25-64 anni) e uomini anziani (9,6%, uomini con 65 e più anni). Relativamente alle dinamiche di incidente le cause più comuni sono le cadute (28,4% degli incidenti), utensili o attività legate alla cucina (33%); tra gli utensili impiegati in cucina quelli che causano più frequentemente lesioni sono i coltelli che soli determinano il 12,8% di tutti gli incidenti.

Le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi

**In Molise, le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 5 su 5 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,0 casi.**

Non possiamo desumere però l'informazione sulla lesione e sulle conseguente necessità di assistenza sanitaria. In termini più generici non abbiamo informazioni sulla gravità dell'infortunio. Se prendiamo in considerazione questo ultimo aspetto le proporzioni sopra indicate cambiano considerevolmente: ad esempio osservando gli accessi al Pronto Soccorso ospedaliero (PS) registrati nel Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA), si può notare come nel 2004 la proporzione delle cadute salga al 56% dei casi di incidente, mentre la proporzione degli eventi occorsi in cucina scenda al 19% della casistica, pur rimanendo tale ambiente uno dei luoghi più pericolosi della casa; il complesso degli utensili domestici causa non più del 7% degli infortuni che hanno richiesto assistenza in PS.

Possiamo avere tramite le SDO il tasso di ospedalizzazione a seguito di incidente domestico (anno 2000), anche tali dati forniscono una indicazione non completa né precisa del fenomeno.



A livello regionale sono stati effettuati pochi progetti di prevenzione, spesso non avendo una dimensione realistica e non portando dati oltre quelli desumibili dalle fonti già citate.

## **SORVEGLIANZA**

Nel Molise non è attivo alcun sistema di sorveglianza: si prevede pertanto di attivare un sistema di sorveglianza basato sui Servizi di PS: nella regione è presente una sola ASL, ma i PS sono 6 dislocati nelle 4 zone territoriali (Campobasso, Isernia, Termoli, Larino, Agnone e Venafro). In una prima fase il sistema sarà attivato sperimentalmente in un solo PS, quello dell'ospedale di Campobasso, il maggiore della regione Molise.

## **PIANO OPERATIVO**

L'evento da sorvegliare sarà l'infortunio osservato al PS. L'ambito territoriale, essendo nel Molise una sola ASL, sarà l'intero territorio regionale: in una prima fase sarà sperimentato in una sola zona territoriale, quella di Campobasso dove è attivo il PS dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.

I dati da rilevare comprenderanno (similmente a quelli effettuati nel progetto SINIACA): data, ora, modo di arrivo in PS, età, sesso, residenza, cittadinanza, dinamica, attività svolta, ambiente dell'incidente, descrizione dell'accaduto, distretto corporeo della lesione, natura della lesione, prognosi, referto, destinazione, trattamento in PS. Gli operatori del PS quindi saranno in prima linea: le loro informazioni poi saranno raccolte a livello regionale dal comitato scientifico del progetto di prevenzione degli incidenti domestici, elaborati e comunicati a livello centrale ed alla popolazione molisana. Naturalmente verrà elaborato dal suddetto comitato un Piano formativo regionale per gli operatori sanitari coinvolti nella sorveglianza.

Ai fini del monitoraggio e della valutazione saranno presi in esame i seguenti indicatori:

- creazione del sistema di sorveglianza
- elaborazione del Piano di formazione regionale, con realizzazione dei corsi rivolti al personale sanitario di 4 su 6 PS della regione
- sperimentazione in un servizio di PS
- attivazione in 4 su 6 servizi di PS regionali
- raccolta dei dati e loro inserzione sul sito WEB della regione Molise.

## PREVENZIONE

In base ai risultati della sorveglianza e alle evidenze scientifiche di efficacia saranno individuate le popolazioni verso cui orientare gli interventi di prevenzione tenendo conto che le principali fasce di rischio sono rappresentate da anziani, donne e bambini. C'è evidenza di maggiore efficacia nella prevenzione con interventi caratterizzati da approcci integrati multidisciplinari.

Comunque si seguiranno le seguenti direttrici:

- realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana, con particolare riferimento a interventi di mobilitazione e di ginnastica dedicata (depliant, spot in radio e TV locali, interventi nei luoghi di aggregazione degli anziani, coinvolgimento delle associazioni di pensionati, ecc.);
- rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso visite domiciliari, soprattutto verso anziani che vivono soli, con fornitura di materiale informativo sui dispositivi di sicurezza domestica a basso costo;
- realizzazione di interventi informativo-educativi strutturati per bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche) e anziani (prioritari quelli che vivono da soli);
- formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari (operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei distretti sanitari, MMG, PLS) mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e degli aspetti socio-assistenziali.

Per la realizzazione di tali interventi saranno utilizzati metodologie diverse, ma soprattutto strategie di integrazione che si avvarranno di istituzioni sanitarie, associazioni di volontariato e gruppi della società civile (associazioni di casalinghe, case alloggio, centri per anziani, ecc.).

## CRONOPROGRAMMA

N. attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Raggiungimento effettivo del traguardo (%)
1	Costituzione comitato scientifico del progetto	5	01.05.06	15.05.06	Attestazione formale				
2	Creazione sistema di sorveglianza	10	15.09.06	15.03.07	Idem				
3	Fase formativa	5	15.04.07	15.07.07	idem				
4	Messa in rete del sistema di sorveglianza	5	15.03.07	15.04.07	Idem				
5	Fase sperimentale del sistema di sorveglianza	15	15.04.07	15.10.07	Idem				
6	Funzionalità del sistema di sorveglianza	10	15.12..07	Continuo	Attestazione formale, con indicazione del sito web				
7	Promozione dell'attività fisica negli anziani	10	15.09.06	continuo	Attestazione formale				
8	rilevazione degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni	15	15.01.07	continuo	Idem				
9	Realizzazione di interventi educativo-informativi strutturati verso bambini e anziani	15	15.02.07	Continuo	Idem				
10	Realizzazione della formazione di operatori sanitari e non sanitari per l'informazione sulla sicurezza domestica	10	15.03.07	continuo	idem				