

REGIONE PUGLIA

PIANO REGIONALE DELLA  
PREVENZIONE

TRIENNIO 2005-2007  
*INTEGRAZIONE*

Il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Puglia è definito ai sensi della Legge 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 ed è stato formulato secondo le indicazioni contenute nella Guida alla presentazione dei progetti. Il seguente Documento integra e completa il Piano della Prevenzione 2005-2007, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 824 del 28 giugno 2005.

L'integrazione viene formulata per le seguenti tre sezioni:

### **PRIMA SEZIONE**

PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DEGLI ACCIDENTI CEREBRO-VASCOLARI: LINEE OPERATIVE

### **SECONDA SEZIONE**

LINEE OPERATIVE PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITA'

### **TERZA SEZIONE**

INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO: LINEE OPERATIVE

INCIDENTI STRADALI: LINEE OPERATIVE

INCIDENTI DOMESTICI: LINEE OPERATIVE

## **TERZA SEZIONE**

- A) Infortuni nei luoghi di lavoro: linee operative**
- B) Incidenti stradali: linee operative**
- C) Incidenti domestici: linee operative**

**Referente Regionale:**

**Dott. Vincenzo Pomo**

**Agenzia Regionale Sanitaria**

**Via Caduti di tutte le guerre n. 15**

**70124 Bari**

**tel 080/5403216**

**e-mail: [v.pomo@arespuglia.it](mailto:v.pomo@arespuglia.it)**

## C) Incidenti domestici: linee operative

### INTRODUZIONE

Negli ultimi anni numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato suggestivi dati di mortalità e di morbosità sulla realtà poco osservata degli infortuni domestici che risultano essere, invece, più frequenti persino degli infortuni sul lavoro. Si stima che in Italia ogni anno vengano registrati ai Pronto Soccorso circa 1.800.000 infortuni domestici e che negli ospedali vengano effettuati circa 270.000 ricoveri per incidenti avvenuti in casa. L'ISPESL, attualmente, stima circa 8.000 infortuni domestici mortali all'anno. Nel campo dell'epidemiologia degli infortuni domestici appare importante spostare l'attenzione dagli studi descrittivi, sino ad oggi predominanti in letteratura, all'applicazione di metodi analitici più rigorosi, per la definizione dei pattern causali e per la comprensione del complesso insieme di fattori che influenzano l'incidenza, la severità e gli *outcome* degli infortuni in ambienti di civile abitazione. Presso l'Istituto Superiore di Sanità è stato attivato il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA), in ottemperanza a quanto disposto dalla Legge 493/99, mentre presso l'ISPESL è stato attivato dal 2002 "L'Osservatorio nazionale sugli infortuni negli ambienti di vita", che ha dato vita ad un progetto di ricerca nazionale, ancora in corso, a cui partecipa anche la Puglia.

Numerosi studi epidemiologici in questo settore hanno evidenziato che l'informazione sulle modalità di svolgimento degli eventi (causa esterna, indicata dalla codifica E della ICD-9) è rilevabile in maniera affidabile ed esaustiva solo al Pronto Soccorso.

#### *Ricoveri in Puglia*

L'Unità epidemiologica della Sezione di Medicina del Lavoro dell'Università di Bari, nell'ambito delle attività svolte all'interno dell'Osservatorio Epidemiologico della Puglia, ha esaminato oltre 5 milioni di Schede di Dimissione Ospedaliera relative agli anni 1996-2000, da cui sono stati individuati, dopo vari sistemi di selezione e di verifica dei dati e delle procedure utilizzate, 26.647 ricoveri per infortunio domestico, costati alla Sanità Pubblica pugliese ben 57.427.309 di Euro nei 5 anni studiati (calcolo effettuato in base ai DRG prodotti, al regime di ricovero e tenendo conto del tariffario ministeriale).

Dall'analisi per singolo anno di calendario è emerso che, mentre nei primi tre anni sono stati registrati circa 6.000 ricoveri/anno per infortunio domestico, nei due anni successivi tale numero è drasticamente sceso a 3.923 nel 1999 e a 3.768 nel 2000. Da una analisi più approfondita, effettuata sul 1999, è stato possibile constatare che non si è trattato di una reale diminuzione degli infortuni

domestici, bensì di una minore accuratezza nella compilazione delle SDO. Tali risultanze sono state trasmesse all'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito delle attività svolte per il Progetto SINIACA.

### *Mortalità in Puglia*

Sempre l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia ha svolto uno specifico studio relativo al 1999 per valutare la mortalità da infortunio domestico, attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera e attraverso i record contenuti nel Registro delle cause di morte. Sono stati pertanto rilevati 25 infortuni domestici mortali dal Registro delle cause di morte e 55 dalle SDO. E' stato operato un linkage tra i due sottogruppi rilevati dai due database, utilizzando come variabili comuni: data di nascita, data di morte e sesso, che hanno messo in evidenza solo 4 casi presenti contemporaneamente in entrambi gli archivi. Mediante tecniche statistiche di "Capture and Recapture" è stato possibile stimare che in Puglia siano morti nel 1999 circa 300 soggetti per infortunio domestico.

### *Dinamica infortunistica*

Sulla base dei risultati dell'indagine svolta in Puglia (2003- 2005) nell'ambito del Progetto nazionale elaborato dall'ISPESL per l'"Osservatorio nazionale sugli infortuni negli ambienti di vita", il pavimento risulta essere l'agente materiale maggiormente rappresentato nelle dinamiche infortunistiche, seguito dai mobili (10,6%), dagli utensili da cucina non elettrici (10,6%), dalle scale fisse (7,3%) e da quelle portatili (4%), dalle pentole (4,3%). Le modalità di accadimento di gran lunga più frequente sono: la caduta (nel 58,8%), il taglio (nel 17,9% dei casi) e lo schiacciamento (9,6%). Nel 51,6% gli intervistati hanno dichiarato che l'incidente è occorso per distrazione e nel 23,1% dei casi per comportamento improprio. Nel 9,2% dei casi è avvenuto per un malessere improvviso. Fattori strutturali dell'abitazione sono stati la causa nell'8,1%, mentre i comportamenti impropri di terzi nel 4,4% degli incidenti. La cucina è il luogo della casa risultato a maggior rischio infortunistico (nel 37,6% dei casi), seguito dalla camera da letto (15,3%) e dal bagno (12,5%). Il 15,3% dei soggetti ha risposto di non essere a conoscenza dei principali fattori di rischio infortunistico presenti in ambito domestico. L'87,5% dichiara di avere impianti a norma, ma nel 18% dei casi dichiara che le riparazioni vengono effettuate senza il rispetto delle norme di sicurezza. Nel 17% dei casi è stato ammesso di non conservare i prodotti chimici in luoghi sicuri. Solo il 78% verifica sempre le date di scadenza dei prodotti alimentari. I guanti vengono utilizzati sempre nel 22% dei casi, mentre una omologa quota di soggetti non li utilizza mai. Solo il 55% non utilizza apparecchi elettrici in bagno, mentre circa il 19% li utilizza almeno qualche volta con le mani bagnate. Nel 65% dei casi non è presente una maniglia nei pressi della vasca. Ad oltre il 25%

capita di lasciare accessi i fornelli. Solo il 40% provvede alla manutenzione periodica degli impianti. Il 15% ha dichiarato che le prese elettriche non sono sicure. Il 5% non possiede ancora il salvavita, mentre ben il 77% dei soggetti infortunati ha dichiarato che il proprio impianto non è conforme alla Legge 46/90. Malgrado una discreta conoscenza delle principali norme di sicurezza, spesso gli ambienti di vita risultano luoghi meno sicuri di molti ambienti di lavoro, spesso a causa di comportamenti non corretti.

### ***Sorveglianza***

La necessità di attivare, in termini operativi, una fonte di dati proveniente dai centri di Pronto Soccorso – ritenuta decisiva, allo stato attuale, per disporre di informazioni complete e in tempo reale sulle differenti tipologie degli infortuni in casa e sulla gravità delle lesioni riportate – è considerata prioritaria in questo Progetto. Nell’ambito del processo di informatizzazione del Sistema Sanitario Regionale, la Puglia ha - tra gli obiettivi prioritari - la realizzazione di un sistema informativo in grado di registrare tutti gli accessi ai Servizi di Pronto Soccorso della Regione, attraverso il collegamento di tutti i Presidi ad un Server Centrale deputato alla raccolta dei dati in un database, successivamente interrogabile a distanza. La registrazione elettronica dei referti di Pronto Soccorso relativi agli incidenti domestici conterrà specifici campi atti a raccogliere informazioni sulle cause e circostanze che hanno determinato l’evento infortunistico.

Verrà istituito presso l’Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia un Comitato tecnico composto da:

- a) Un rappresentante dell’Assessorato alle Politiche della Salute;
- b) Un dirigente medico dell’ARES
- c) Un componente dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER)
- d) Un medico “esperto” in infortuni domestici

Compiti del Comitato Tecnico:

- ⇒ consentire l’applicazione pratica delle linee operative del Progetto, affrontando e risolvendo eventuali problemi tecnici o operativi che si dovessero presentare nelle fasi sperimentali;
- ⇒ stabilire linee di indirizzo sulla formazione che dovrà essere offerta agli operatori coinvolti nella sorveglianza e sulle specifiche attività di prevenzione che saranno intraprese;
- ⇒ monitorare l’andamento del Progetto e svolgere attività di audit rispetto a tutti gli operatori sanitari e non, che, a vari livelli, saranno coinvolti nella realizzazione del Progetto.

## *PRIMO ANNO*

Le variabili da aggiungere al referto informatico standard di Pronto Soccorso saranno individuate sulla base del modello suggerito dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Progetto SINIACA e saranno testate attraverso locali applicazioni del nuovo software, implementato ad hoc, nell'ambito del primo anno di attività del Progetto.

Il *minimum data set* riferito agli infortuni domestici e assicurato dal software di registrazione degli accessi ai Pronto Soccorso contemplerà almeno tre variabili principali:

### **Variabile n. 1:**

#### *Dinamica dell'incidente domestico:*

1. caduta, inciampamento, sdruciolamento;
2. urto o schiacciamento accidentale con oggetto, persona o animale;
3. corpo estraneo, escluso ferita da arma da fuoco;
4. puntura o penetrazione accidentale causata da oggetto, persona o animale;
5. agente termico e caustico proveniente da fonte di origine umana o naturale;
6. annegamento o quasi annegamento;
7. soffocamento o altri pericoli per la respirazione;
8. avvelenamento;
9. sforzi violenti;
10. altri meccanismi specificati;
11. meccanismi non specificati.

### **Variabile n. 2:**

#### *Attività svolta al momento dell'incidente:*

1. attività domestica;
2. fai da te;
3. gioco o attività sportiva;
4. attività di vita quotidiana (igiene personale, mangiare, bere, dormire, camminare, ecc.);
5. altre attività specificate;
6. attività non specificate

### **Variabile n. 3:**

#### *Ambiente in cui è avvenuto l'incidente:*

1. cucina;

2. bagno;
3. altri locali della casa;
4. scale, ballatoi (interni ed esterni);
5. terrazze e balconi;
6. garage, aree parcheggio, cantina, cortile ed altre pertinenze

Altre variabili in grado di apportare ulteriori informazioni sull'evento studiato potranno essere determinate nell'arco del primo anno di svolgimento del Progetto, anche sulla base della qualità dei dati ottenuti durante la fase sperimentale di utilizzo del software da parte degli operatori dei Presidi di Pronto Soccorso.

Entro la fine del primo anno del Progetto, a conclusione della fase sperimentale, sarà definita la versione definitiva del software.

#### *SECONDO ANNO:*

Il software sarà distribuito, insieme alla installazione dell'hardware necessario (secondo l'architettura server-client precedentemente descritta), a tutti i Presidi di Pronto Soccorso, entro la prima metà del secondo anno. Parallelamente alla costruzione della rete informatica e dei relativi test di funzionamento, verranno realizzati piani di formazione indirizzati a tutti gli operatori sanitari, che, a vari livelli, saranno coinvolti nell'attività di sorveglianza, ivi compresi specifici corsi mirati all'utilizzo del nuovo software.

A partire dalla seconda metà del secondo anno si procederà con una prima fase di registrazione dei referti di Pronto Soccorso in tutta la Regione, attraverso l'utilizzo del nuovo software ed alla interrogazione a distanza del database presso il server centrale, per la valutazione della qualità dei dati in termini di congruità e di completezza, in particolare rispetto alle variabili specifiche del Progetto.

Entro la fine del secondo anno si procederà ad una fase di audit, sulla base dell'analisi dei primi dati pervenuti presso il server centrale e si procederà quindi alla realizzazione di un secondo piano di formazione, indirizzato agli operatori sanitari coinvolti a vari livelli nell'attività di sorveglianza, che servirà a migliorare e a rendere più omogeneo il flusso di dati, affrontando e cercando di risolvere anche eventuali problemi riscontrati nella prima fase da parte degli stessi operatori.

#### *TERZO ANNO:*

A partire dal terzo anno si prevede che il Sistema di refertazione informatizzato possa ritenersi a regime e che quindi si possa procedere con la raccolta dei dati, ormai stabilizzati e rispondenti ai

requisiti minimi di qualità e completezza, attraverso l'interrogazione a distanza del server centrale. Si procederà quindi all'analisi di tali dati nonché ad un costante monitoraggio del fenomeno infortunistico in relazione soprattutto al territorio, alle cause e circostanze che lo hanno determinato. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale potrà procedere ad attività di incrocio dei dati ottenuti con questo flusso informatizzato con quelli di altri flussi informativi correnti, come l'archivio delle SDO e l'archivio delle cause di morte.

Sarà così possibile costruire nel corso del tempo un sistema di sorveglianza regionale, che, oltre a fornire informazioni sull'incidenza del fenomeno, consentirà l'immediata individuazione di eventi sentinella o di cluster, con la conseguente possibilità di effettuare mirate azioni di intervento o di prevenzione anche a livello di piccole aree territoriali.

### ***Prevenzione***

Parallelamente alla costruzione del sistema informativo regionale, si procederà alla realizzazione di interventi informativi/educativi mirati in particolare alla sensibilizzazione di specifici gruppi di popolazione a più alto rischio, individuati sia sulla base di dati di letteratura, sia sulla base delle precedenti esperienze considerate in premessa e, quando sarà a regime, sulla base del flusso di dati derivante dallo stesso sistema informativo regionale.

In particolare, verrà realizzato un piano di comunicazione, anche attraverso l'utilizzo dei mass media (Reti televisive, Radio, Carta Stampata, Cinema, Spettacoli pubblici ecc.), che vedrà la realizzazione di messaggi costruiti in relazione alla specificità del target destinatario (in particolare bambini, anziani, casalinghe). I ragazzi in età scolare saranno sensibilizzati sui pericoli esistenti nell'ambiente domestico e sui rischi che possono celarsi anche durante lo svolgimento di attività ludiche o sportive. I messaggi indirizzati alle casalinghe avranno l'obiettivo di evidenziare i pericoli presenti soprattutto in cucina (particolarmente durante la preparazione dei pasti) e in bagno (luoghi spesso caratterizzati da pavimenti bagnati e scivolosi). Nell'ambito dell'assistenza agli anziani, saranno fornite informazioni ai badanti, finalizzate ad elevare il livello di attenzione durante le attività, sia di semplice stazionamento che di movimentazione dell'anziano allettato, in particolare svolte in camera da letto. Infatti questo ambiente si è dimostrato, negli ultimi studi, ad alto rischio infortunistico. E' previsto l'utilizzo del linguaggio verbale e non verbale, ma sempre di tipo semplice ed immediato.

## Cronoprogramma

### *Sorveglianza*

Azioni	Tempi					
	Giugno 2006		Dicembre 2006		Dicembre 2007	
Attivazione del processo di informatizzazione : costituzione del comitato tecnico						
Attivazione del processo di informatizzazione : definizione del referto informatico standard						
Piano di formazione e avvio fase sperimentale						
Svolgimento fase sperimentale e prima analisi dei dati						

### *Prevenzione*

Azioni	Tempi					
	Giugno 2006		Dicembre 2006		Dicembre 2007	
Piano di comunicazione : costituzione del comitato tecnico						
Elaborazione piano di comunicazione						
Piano attuativo della comunicazione						

### *Costi*

	1° Anno	2° anno	3° anno
Materiale informativo	60.000	60.000	60.000
Programmi di formazione	30.000	30.000	30.000
Costi generali	10.000	10.000	10.000
TOT.	100.000	100.000	100.000

## **BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

- 1) European Communities Commission. European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS) - Coding Manual, 1996
- 2) Istituto Superiore di Sanità. Attuazione articolo 4 Legge 493 sulla Sicurezza in Casa, Workshop; Roma, 19 Dicembre 2000
- 3) Hayward G. Fatal home accidents – a product database, *Accid Anal Prev*, 1988; 20 (5): 399-410
- 4) Legge 3 dicembre 1999 n. 493, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale* – n. 303, 28/12/1999
- 5) Taggi F, Fondi G. Epidemiologia degli incidenti domestici in Italia - Risultati preliminari del progetto SISI, *Professione Sanità Pubblica e Medicina Pratica*, 1993; 3: 28-42
- 6) Tissot B, Raimondi M, Buylaert W, Lust K, Fox A, Bantuelle M. Morbidity-mortality related to domestic in Belgium: Epidemiology and strategy of prevention, *Arch Belg*, 1989; 47 (1-4): 101-3