

Cod.



# REGIONE UMBRIA

OGGETTO: **ULTERIORI DETERMINAZIONI RELATIVE AL "PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE ATTIVA " DI CUI ALLE DELIBERAZIONI DI G.R. 29/06/05 N. 1084 e 22/12/05 N. 2305.**

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

30/03/2006 n. 534.

		presenti	assenti
LORENZETTI MARIA RITA	Presidente		
LIVANTONI CARLO	Vice Presidente		
BOTTINI LAMBERTO	Assessore		
GIOVANNETTI MARIO	Assessore		
MASCIO GIUSEPPE	Assessore		
PRODI MARIA	Assessore		
RIOMMI VINCENZO	Assessore		
ROMETTI SILVANO	Assessore		
ROSI MAURIZIO	Assessore		
STUFARA DAMIANO	Assessore		

Presidente :

Relatore :

Direttore :

Segretario Verbalizzante :

## LA GIUNTA REGIONALE

**Visto** il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Direttore regionale alla sanità e Servizi Sociali;

**Preso atto**, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal Dirigente di Servizio/Dirigente in posizione individuale competente, ai sensi dell'art. 21 c.3 e 4 del Regolamento interno;

b) del parere di legittimità espresso dal Direttore;

**Vista** la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

**Vista** l'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 sull'art.1 comma 173 della legge 30 dicembre 2004, con specifico riferimento all'art. 4, comma e) della predetta intesa, relativa al piano regionale per la realizzazione degli interventi ivi previsti, che assegna al CCM il ruolo di supporto nella messa a punto da parte delle Regioni del Piano Regionale della Prevenzione attiva;

**Atteso** che alla Regione Umbria sono stati assegnati, secondo l'Intesa di cui sopra € 6.456.818,00 per l'anno 2005 ed € 6.456.818 per l'anno 2006;

**Visto** il PSR 2003-2005, approvato con DGR 23 luglio 2003, n. 314, con validità fino al 22 luglio 2006, in cui sono esplicitati gli obiettivi di salute e le condizioni di sostenibilità del sistema socio sanitario in Umbria per il triennio 2003-2005 e in cui sono per la gran parte sviluppate, nel quadro della piena competenza in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale assegnata dalla Costituzione Italiana alla Regione Umbria, anche le aree di intervento previste dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art. 4 comma e);

**Vista** la DGR n. 1084 del 29 giugno 2005 "Piano regionale della prevenzione attiva – Intesa 23 marzo 2005: 1) Piano vaccini; 2) screening oncologici; 3) rischio cardiovascolare;

**Vista** la DGR n. 2305 del 22/12/05 "Determinazioni in merito al Piano Reg.le della Prevenzione attiva";

**Visto** il Regolamento interno di questa Giunta;

**A voti** unanimi di voti, espressi nei modi di legge,

## DELIBERA

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del Direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di approvare le integrazioni e le ulteriori determinazioni relative al Piano regionale della prevenzione attiva di cui alle DGR 1084/05 e 2305/05 e per quanto riguarda i programmi contenuti negli allegati di cui al punto 1 della presente deliberazionee relativi a:

- prevenzione degli infortuni lavorativi;
- prevenzione degli incidenti domestici;
- prevenzione degli incidenti stradali;

3) di approvare il cronoprogramma relativo al Piano vaccini ;

4) di approvare che i cronoprogrammi relativi alla successione temporale degli interventi in cui si articolano i programmi che costituiscono il Piano regionale della Prevenzione attiva siano organici al percorso complessivo della programmazione sanitaria regionale;

- 5) di dare mandato ai competenti servizi della Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali di dare seguito alle previsioni programmatiche contenute nei punti della presente deliberazione;
- 6) di dare mandato all'Assessore Maurizio Rosi di proporre in Conferenza Stato Regioni opportune iniziative volte a dare alla interazione tra CCM e SSR maggiore appropriatezza;
- 7) di pubblicare il presente atto sul BUR.

**IL DIRETTORE:**

**IL PRESIDENTE:**

**IL RELATORE:**

**IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE:**



## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

**Oggetto: ULTERIORI DETERMINAZIONI RELATIVE AL “PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE ATTIVA “ DI CUI ALLE DELIBERAZIONI DI G.R. 29/06/05 N. 1084 e 22/12/05 N. 2305.**

A seguito dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 sull'art.1 comma 173 della legge 30 dicembre 2004, con specifico riferimento all'art. 4, comma e) della predetta intesa, relativa al piano regionale per la realizzazione degli interventi ivi previsti, sulla base di quanto indicato dal PSR 2003-2005, approvato con DGR 23 luglio 2003, n. 314, con validità fino al 22 luglio 2006, in cui sono esplicitati gli obiettivi di salute e le condizioni di sostenibilità del sistema socio sanitario in Umbria per il triennio 2003-2005 e in cui sono per la gran parte sviluppate, anche le aree di intervento previste dall'Intesa citata, sono stati già approvati, da parte della Giunta Regionale, diversi provvedimenti.

Inoltre la Giunta regionale, con DGR n. 1084 del 29 giugno 2005, ha approvato i seguenti Piani regionali della prevenzione: 1) Piano vaccini; 2) Screening oncologici; 3) Rischio cardiovascolare;

Successivamente, con DGR n. 2305 del 22/12/05 “Determinazioni in merito al Piano Reg.le della Prevenzione attiva” sono stati ulteriormente definiti ed approvati i piani di prevenzione relativi a: 1) rischio cardiovascolare 2) prevenzione dell'obesità; 3) prevenzione delle recidive delle sindromi coronariche acute.

E' stato altresì stabilito che la messa a punto dei programmi specifici e la definizione della successione temporale degli eventi saranno rispettosi di quanto previsto dalla legge regionale 3/98 in materia di programmazione sanitaria regionale.

Considerato quanto sopra è necessario, al fine di rispettare i tempi previsti a livello nazionale, approvare e trasmettere al Ministero della Salute - CCM - entro il mese di marzo 2006, sia il cronoprogramma relativo al “Piano vaccini” già approvato con DGR1084/2005, sia i Piani relativi agli incidenti lavorativi, domestici e stradali, così come descritti di seguito:

### 1) PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI SUL LAVORO

#### 1.1 Quadro Epidemiologico

##### **Il sistema produttivo umbro**

Attraverso i dati del censimento dell'industria e dei servizi effettuato nel 2001 si evince la distribuzione settoriale delle unità locali in Umbria secondo la quale è possibile desumere che è il settore del commercio quello più rappresentato (27,3 % del totale delle unità locali), seguito da quello dell'istruzione, della sanità e di altri servizi pubblici (18%), mentre il manifatturiero rappresenta soltanto il 13,1% .

Tav. 1 - Composizione settoriale per unità locali e addetti in Umbria Anno 2001 – valori percentuali

Settore di attività economica	Unità locali	Addetti	Dimensione media*
Agricoltura Pesca	0,7	0,4	2,2
<i>Alimentari</i>	1,7	3,2	7,4
<i>Tessile – Pelletteria</i>	3,1	5,2	6,5
<i>Carto – Poligrafica</i>	0,8	1,5	7,2
<i>Industria pesante</i>	0,5	3,5	29,6
<i>Meccanica</i>	3,6	7,2	7,7
<i>Legno e altre</i>	3,6	5,2	5,6
<b>Totale attività manifatturiere</b>	<b>13,1</b>	<b>25,8</b>	<b>7,6</b>
Estrazione Minerali e Energia	0,3	0,9	13,8
Costruzioni	11,8	9,6	3,1
Commercio	27,3	16,5	2,3
Alberghi e Ristoranti	5,5	4,9	3,4
Trasporti, Magazz. e comunicazioni	4,1	4,9	4,7
Intermediazione finanziaria	2,8	2,5	3,4
Altre Attività professionali	16,5	9,9	2,3
Istruzioni, Sanità e altri Servizi Pubblici	18,0	24,6	5,3
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>3,8</b>

\*numero medio di addetti per ogni unità

Fonte: Rapporto Annuale regionale INAIL per la regione Umbria relativo al 2004. Elaborazione Uurispes Umbria su dati ISTAT

La distribuzione degli addetti invece aiuta a comprendere meglio l'importanza dei singoli settori all'interno del sistema produttivo: in Umbria è il settore manifatturiero che assorbe la maggior quota di addetti (25% del totale), seguito dai settori istruzione, sanità ed altri servizi pubblici (24,6%) e commercio (16,5%). All'interno del manifatturiero, i settori con maggior numero di addetti sono la meccanica (7,2% del totale) e il tessile-pelletteria (5,2%).

## Il fenomeno infortunistico in Umbria

Gli infortuni indennizzati (ovvero i casi mortali e i casi con inabilità temporanea e permanente) sono ogni anno oltre 15.000 in Umbria e gli indennizzati sono circa il 70% degli infortuni denunciati totali.

Tab. 1 UMBRIA: infortuni indennizzati per macro-settore, 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
<b>Industria e Servizi</b>	12644	13234	13727	13202
<b>Agricoltura</b>	2470	2194	2032	1980
<b>Totale</b>	15114	15428	15759	15182



La maggior parte degli infortuni indennizzati non hanno conseguenze invalidanti; infatti gli infortuni "gravi", con inabilità permanente o addirittura mortali, sono circa il 4,5 – 5 % di tutti gli infortuni indennizzati .

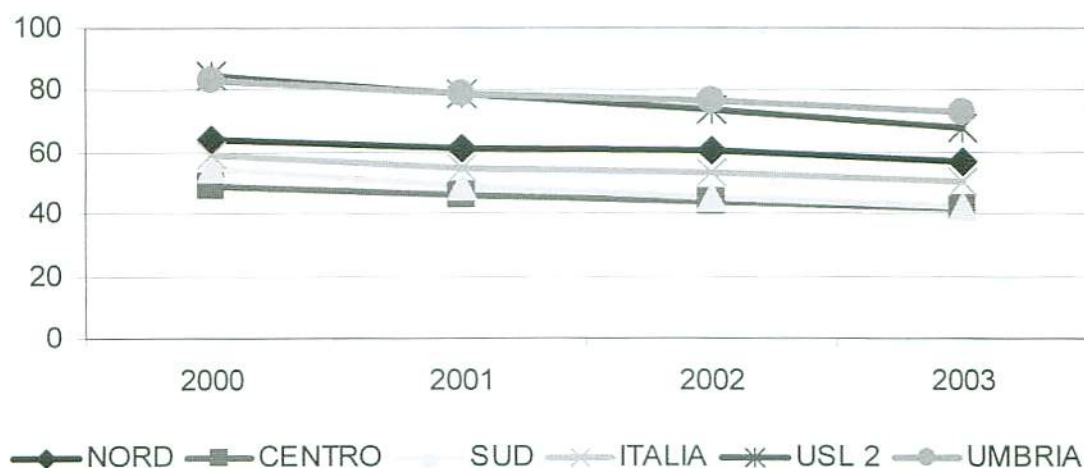
Tab. 2 UMBRIA: infortuni indennizzati: industria-servizi,agricoltura 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Infortuni indennizzati	15428	15759	15182	12855
Infortuni indennizzati con inabilità temporanea	14706	15054	14457	12246
Infortuni indennizzati con inabilità permanente	698	674	697	609
Infortuni mortali indennizzati	24	31	28	20
% infortuni con inabilità temporanea su indennizzati	95,3	95,5	95,2	95,3
% infortuni con inabilità permanente + morte su indennizzati	4,7	4,5	4,8	4,9

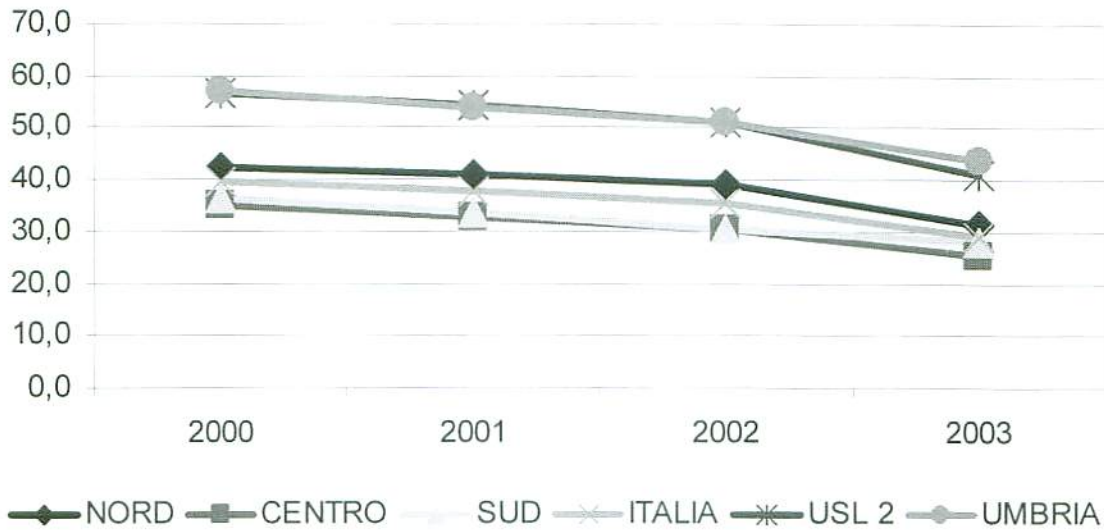
Esaminando poi il fenomeno in termini di tassi, si nota come nel macrosettore industria e servizi, i tassi di infortunio per 1.000 addetti in Umbria sono molto più elevati rispetto alle altre aree geografiche e all'Italia nel complesso.

Per tutte le ripartizioni geografiche considerate e per l'Umbria si evidenzia però, nel periodo 2000-2003, una discreta tendenza alla deflessione, evidenziabile sia per il tasso di infortunio denunciato che per quello indennizzato

Tasso grezzo di infortunio denunciato, industria-servizi, 2000-2003

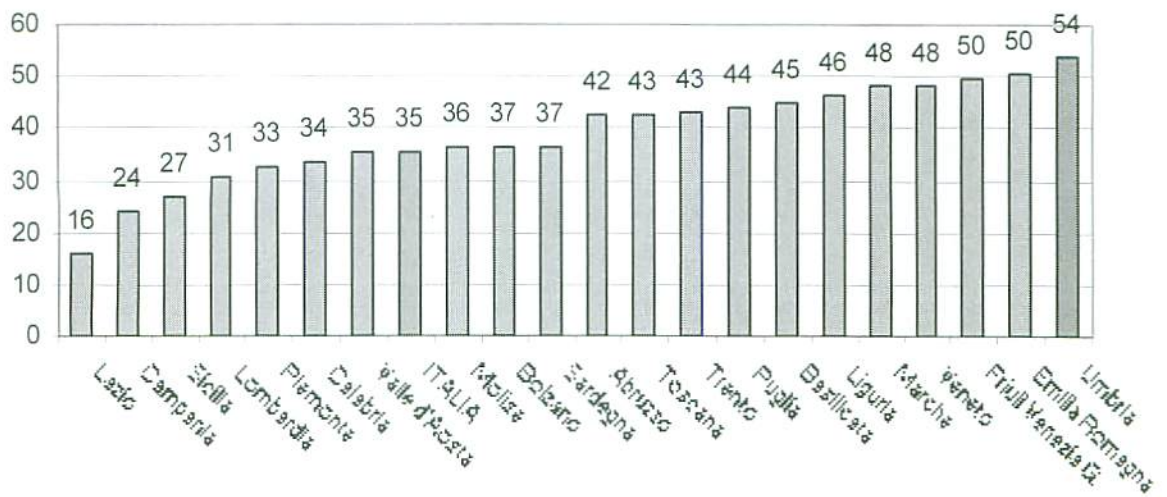


**Tasso grezzo di infortunio indennizzato, industria-servizi, 2000-2003**



Il confronto fra i tassi di infortunio indennizzato nelle diverse regioni italiane mostra chiaramente come l'Umbria continui ad avere un tasso di infortunio superiore alla media nazionale, anche se simile a quello di altre regioni del centro nord, come l'Emilia Romagna, le Marche, il Friuli Venezia Giulia e il Veneto. Occorre peraltro osservare che tale tasso si è ridotto rispetto al periodo 2000-2002 passando da 57 a 54.

**Tasso di infortunio indennizzato per 1000 addetti INAIL, media 2000-2003**



Anche per il tasso di infortunio con inabilità permanente, l'Umbria è al primo posto, anche se c'è da notare che, rispetto alla graduatoria del tasso di infortunio indennizzato,



nella graduatoria di quello con inabilità permanente le regioni del sud tendono ad occupare postazioni più alte.

### Gli infortuni che coinvolgono lavoratori stranieri

Secondo il Rapporto Annuale Regionale dell'INAIL per l'Umbria relativo al 2004 per quanto attiene agli extracomunitari ( parasubordinati e interinali oltre che naturalmente apprendisti) si è registrato nell'ultimo triennio in Umbria un aumento costante del numero degli eventi segnalati. Si è passati infatti da **2029 casi denunciati** nel 2002 a **2553** nel 2004 (2.444 erano stati gli eventi denunciati nel 2003) con un incremento percentuale che supera il 25% , similmente a quanto avviene a livello nazionale, dove si registra un aumento costante nel triennio.

Tab. 3 Infortuni sul lavoro accaduti a lavoratori stranieri nel periodo 2002-2004 denunciati all'INAIL nella Regione Umbria, nella Provincia di PG e TR – industria e servizi

	Totale infortuni			Infortuni mortali		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Umbria	2029	2444	2553	3	3	7
Perugia	1786	2167	2269	1	2	6
Terni	243	277	284	2	1	1

### I settori lavorativi più pericolosi

Il settore delle costruzioni è al primo posto come numero di **infortuni indennizzati** (il 20 % del totale), seguito, dal metalmeccanico, dal commercio e dai trasporti; complessivamente in questi settori si verifica il 50 % degli infortuni indennizzati. Considerando però l'andamento nel tempo, dal 2000 al 2003 il numero di infortuni nel settore delle costruzioni è andato progressivamente riducendosi, passando dal 35,9% del 2000 del complesso degli infortuni indennizzati al 32,69% nel 2003.

Tab .4 UMBRIA: infortuni indennizzati suddiviso per attività produttiva: industria-servizi nel periodo 2000-2003

	2000	2001	2002	2003	2000-2003	%
<b>INDUSTRIA di cui</b>	<b>7.927</b>	<b>7.997</b>	<b>7.553</b>	<b>6.652</b>	<b>30.129</b>	<b>59,7%</b>
Costruzioni (F)	2.853	2.610	2.471	2.175	10.109	20,0%
Ind. Metalmecc. (DJ28, DK, DM) + metalli (DJ)	2.205	2.335	2.159	1.923	8.622	17,1%
Ind. trasformazione minerali non metalliferi (DI)	491	564	514	469	2.038	4,0%
Ind. alimentare (DA)	493	457	539	483	1.972	3,9%
Altre industrie (DN)	388	412	393	351	1.544	3,1%
Ind. legno (DD)	316	315	272	234	1.137	2,3%
Ind. tessile (DB)	276	290	295	187	1.048	2,1%
<b>SERVIZI di cui</b>	<b>5.192</b>	<b>5.450</b>	<b>5.403</b>	<b>4.312</b>	<b>20.357</b>	<b>40,3%</b>
Commercio (G)	1.472	1.489	1.396	1.239	5.596	11,1%
Trasporti (I)	1.044	1.153	1.100	820	4.117	8,2%
Att. Immobiliari (K)	722	789	818	588	2.917	5,8%
Pubblica ammin. (L)	686	741	737	574	2.738	5,4%
Alberghi e ristoraz. (H)	485	455	496	396	1.832	3,6%
<b>INDUSTRIA E SERVIZI</b>	<b>13.119</b>	<b>13.447</b>	<b>12.956</b>	<b>10.964</b>	<b>50.486</b>	<b>100%</b>



Analizzando, sempre per il quadriennio 2000-2003, le differenze tra settori produttivi in termini di tassi annui medi appaiono nei primi posti il settore delle costruzioni, seguito da quello metalmeccanico e da quello del legno.

Tab . 5 UMBRIA: infortuni con inabilità permanente per attività produttiva, industria-servizi, nel periodo 2000-2003

	<b>N° infortuni permanenti</b>	<b>%</b>
<b>INDUSTRIA di cui</b>	<b>1361</b>	<b>59,7%</b>
Costruzioni (F)	574	25,2%
Ind. metalmeccanica (DJ28, DK, DM) + metalli (DJ)	314	13,8%
Ind. legno (DD)	76	3,3%
Ind. alimentare (DA)	73	3,2%
Altre industrie (DN)	56	2,5%
Ind. trasformazione minerali non metalliferi (DI)	68	3,0%
Ind. tessile (DB)	48	2,1%
Ind. carta (DE)	38	1,7%
<b>SERVIZI di cui</b>	<b>918</b>	<b>40,3%</b>
Commercio (G)	221	9,7%
Trasporti (I)	226	9,9%
Pubblica ammin. (L)	138	6,1%
Att. Immobiliari (K)	122	5,4%
<b>INDUSTRIA E SERVIZI</b>	<b>2279</b>	<b>100%</b>

La gravità degli infortuni nei diversi settori può essere stimata anche calcolando la percentuale di infortuni gravi (con inabilità permanente + mortali) sul totale degli infortuni indennizzati.

Il semplice confronto fra i tassi e fra le percentuali di infortuni gravi non permette di valutare contestualmente le due variabili, frequenza e gravità, e, quindi, non consente l'individuazione dei settori che realmente rappresentano delle criticità e nei quali è pertanto opportuno concentrare le azioni preventive. Perciò è stata costruita una tabella che classifica, in base a queste due variabili, i diversi settori produttivi. Accanto al nome del settore lavorativo è stata anche posta la percentuale di infortuni in quel settore sul totale degli infortuni accaduti nell'industria e servizi, come peso del settore sugli infortuni totali .

## 1.2 . Il sistema informativo

Se si intende per sistema informativo un sistema destinato all'analisi epidemiologica di un fenomeno e il suo monitoraggio nel tempo, al fine di programmare interventi di prevenzione sulla base di priorità legate all'evidenza, occorre dire che molto è stato fatto nella regione Umbria negli ultimi cinque anni. Fin dal 2001 infatti si sono concretizzati accordi con l'INAIL regionale per la attivazione del flusso dei dati relativi all'andamento del fenomeno infortunistico in Umbria dall' INAIL all'Assessorato e quindi alle USL. Tale flusso sebbene parzialmente viziato da alcune caratteristiche proprie del dato INAIL, che possono causare distorsioni nelle elaborazioni condotte a fini epidemiologici, programmatori e valutativi, ha comunque consentito di avviare una prima valutazione del fenomeno infortunistico, che è andata quindi ad ampliare le riflessioni che già



avvenivano a livello di ASL sulla base dell'analisi dei primi certificati di infortunio, da sempre trasmessi ai Servizi PSAL dai Presidi Ospedalieri.

Sempre in tale ottica questa Regione ha partecipato al Piano Nazionale di Ricerca sugli infortuni mortali, finanziato dal Ministero della Salute e coordinato a livello nazionale dall'ISPESL, condividendo gli obiettivi, proposti dallo studio, di giungere a capitalizzare e socializzare le conoscenze relative al fenomeno infortunistico, utilizzando una metodologia di analisi condivisa. E' stato attivato un gruppo di lavoro, cui hanno preso parte oltre all'Assessorato, le quattro ASL, l'ISPESL e l'INAIL regionale. I risultati del progetto, che è stato condotto nel periodo 2004-2005, hanno confermato la bontà dell'iniziativa, anche se hanno messo in evidenza la necessità di affinare ulteriormente lo strumento, che si è rivelato abbastanza complesso. Si è pertanto deciso di proseguire lo studio (ASL – INAIL) con la DGR 18/05/2005 n. 794.

A partire dal 2004 anche nella Regione Umbria si sono cominciati ad utilizzare i Nuovi Flussi Informativi INAIL-ISPESL-Regione, provvedendo a distribuire anche a livello di ASL i data-base locali. Se questa scelta ha consentito a livello locale elaborazioni e approfondimenti più che appropriati sotto il profilo epidemiologico, non si può dire di essere ancora riusciti a portare l'utilizzo di tali banche dati a sistema, fruibile anche da interlocutori esterni, così come richiesto fortemente dal Comitato Regionale di Coordinamento per la Sicurezza e la Salute nei Luoghi di Lavoro e stabilito con la DGR n° 1918 del 15.11.05.

Infine va ricordato che questa Regione ha avviato, a partire dal luglio 2004, un progetto (denominato DVSS), che ha visto il coinvolgimento di praticamente tutto il Servizio Sanitario (ospedali, distretti, dipartimenti di salute mentale e dipartimenti di prevenzione) con l'obiettivo di giungere nel giugno di quest'anno, al termine del ciclo programmatico 2003-2005, alla valutazione dell'impatto sulla salute dei cittadini umbri delle attività dei Servizi delle ASL e delle AO, attraverso l'utilizzo di indicatori specifici. Anche i Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di Lavoro delle quattro USL della Regione, assieme agli altri Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, hanno partecipato al progetto, attraverso la revisione della bibliografia e la messa a punto di un sistema originale di indicatori di outcome.

L'utilizzo di tali indicatori, accanto a quelli individuati nell'ambito del progetto Mattoni consentirà di approfondire la tematica dell'efficacia degli interventi messi in campo da tali Servizi e di sistematizzare la riflessione sull'appropriato utilizzo delle risorse di cui sono dotati.

### **1.3 Piano operativo**

Obiettivi generali :

- a) costruire l'osservatorio regionale integrato sul fenomeno infortunistico in Umbria, attraverso l'utilizzo concretamente della banca dati dei nuovi Flussi Informativi, individuata come strumento del Comitato di Coordinamento per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro.
- b) progettare e attivare linee di azione preventive in comparti prioritari per rischio infortunistico sulla base dell'analisi del contesto epidemiologico (nell'ambito della definizione delle linee programmatiche del Piano Sanitario Regionale 2006-2009).



Obiettivi specifici :

a) Costruire l'osservatorio regionale integrato :

a.1 migliorare le capacità di utilizzo dei dati provenienti dai NUOVI FLUSSI INFORMATIVI attraverso la creazione di un osservatorio regionale integrato per l'analisi del fenomeno infortunistico in Umbria **a partire dal secondo semestre 2006.**

*Per quanto riguarda questo aspetto deve essere precisato che la Regione Umbria, in considerazione dell'ampiezza del proprio territorio e della relativa grandezza del contesto produttivo e di conseguenza della eseguità delle risorse dei Servizi ha fatto la scelta di costruire un osservatorio presso l'Assessorato Regionale in grado di elaborare con cadenza annuale informazioni concordate con gli attori interessati (Servizi, Sindacati, Associazioni Datoriali) e utilizzabili da parte di questi per orientare la propria attività. Tale osservatorio dovrà operare in stretto raccordo con i servizi PSAL, supportando gli stessi anche qualora provenga da questi l'esigenza di specifici livelli informativi). Non si prevede quindi di avviare, per ora, percorsi formativi per l'utilizzo del data base a livello periferico, ma al contrario di prevedere un approfondimento con gli stessi sulla tipologia di informazioni da implementare progressivamente.*

a.2 proseguire l'analisi congiunta con INAIL sull'andamento, le cause e le modalità di accadimento degli infortuni mortali e di quelli gravi dal **1° semestre 2006.**

*Rispetto al punto a2 invece si è già rammentato come l'esperienza della prima fase del progetto abbia determinato la necessità di proseguire, approfondendo la problematica degli infortuni gravi. A questo proposito va quindi affrontata la definizione omogenea di tale coorte.*

a.3 valutare l'impatto sulla salute degli interventi di prevenzione condotti in comparti prioritari per rischio infortunistico, attraverso l'utilizzazione degli indicatori individuati nell'ambito del progetto regionale finalizzato alla valutazione sui determinanti di salute e sulle strategie del SSR (DGR n° 1057 del 19/07/04)

b) progettare e attivare linee di azione preventive in comparti individuati come prioritari rispetto al rischio infortunio **a partire dal 1° semestre 2007**

*I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro dell'Umbria da ormai molto tempo, accanto alle attività di vigilanza che potremmo definire routinarie, lavorano per programmi di intervento in genere pluriennali, che pur articolandosi nei diversi territori in ragione dei differenti contesti produttivi vengono condivisi, finanziati e validati a livello regionale (DGR 1515/2001). Il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche rispetto all'andamento del fenomeno infortunistico e la identificazione dei settori produttivi a rischio relativo più elevato nel corso del 2006 potranno*

*consentire la individuazione di strategie di intervento specifiche a partire dal 2007 con la finalità da un lato di agire sui fattori di rischio presenti con gli strumenti routinari della vigilanza, dall'altro favorendo al massimo informazione e formazione di lavoratori e datori di lavoro.*

#### **1.4. Azioni e prima temporizzazione**

- anno 2006: 1. costruzione dell'osservatorio integrato;  
2. produzione prima reportistica entro ottobre;  
3. individuazione del piano di interventi nei settori individuati come prioritari per gravità del fenomeno e grandezza del comparto nell'ambito della nuova programmazione regionale;
- anno 2007: definizione dei programmi a livello aziendale e avvio degli interventi;
- anno 2008: valutazione intermedia degli interventi secondo indicatori progetto Mattoni e progetto Regionale DVSS.



## 2) PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

### 2.1 Premessa

Gli incidenti stradali sono eventi imprevedibili ma “prevenibili”. L'OMS, nel 2001, ha riconosciuto che la problematica degli incidenti stradali è un problema prioritario di sanità pubblica, una vera e propria “epidemia”, tanto da invitare le strutture sanitarie a collaborare in un approccio interistituzionale.

Il Piano di Azione 2001 dell'UE sulla sicurezza stradale ha indicato per tutti gli stati Membri la necessità di perseguire l'obiettivo di ridurre, entro il 2010, gli incidenti stradali e le loro conseguenze sulla salute del 40%, riferendosi come base di calcolo alla sinistrosità del 1997.

L'OMS considera talmente importante questo problema e talmente reale la possibilità di controllo sul fenomeno dei danni alla salute ad esso conseguenti, da coniare, in occasione del 7 aprile 2004 (Giornata mondiale della salute dedicata per la prima volta alla prevenzione degli incidenti stradali), il motto “L'incidente non è fatalità”.

I costi sociali derivanti dagli incidenti stradali comportano per l'Italia un onere che ogni anno oscilla fra il 2 e il 3% del Prodotto Interno Lordo Nazionale. Nell'anno 2004, sulla base della metodologia adottata dall'ACI/ISTAT, la stima dei costi sociali degli incidenti stradali ha rappresentato il 2,5 per cento del PIL.

### 2.2 Quadro epidemiologico : le conseguenze degli incidenti stradali in Umbria

Le statistiche dell'ISTAT tratte dalla verbalizzazione delle FF.OO. indicano che in Umbria, dal 1998 al 2003, sono morte in media 120 persone/anno (circa 4 volte di più di quanti in Umbria muoiono ogni anno per incidente domestico o ancora di più di quelli che muoiono in Umbria a causa di infortuni sul lavoro). Tuttavia, diversamente da quanto accaduto in altre Regioni, nonostante l'entrata in vigore della patente a punti, il trend degli incidenti stradali in Umbria al momento non sembra diminuire.

Applicando il rapporto stimato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a livello nazionale tra mortalità, invalidi gravi, ricoveri ospedalieri ed accessi al Pronto soccorso - non seguiti da ricovero – determinati dagli incidenti stradali (pari a 1: 2 : 20: 60 casi rispettivamente) si può stimare che solo in Umbria, ogni anno, abbiamo:

- almeno 240 nuovi invalidi gravi/anno,
- circa 2.400 ricoveri ospedalieri/anno della durata media di 7-8 giorni,
- almeno 7.200 accessi al pronto soccorso, non seguiti da ricovero.

Tali dati sono certamente da considerare come una sottostima della realtà.

Nell'anno 2002, i dati raccolti dalle FF.OO. tramite i verbali di incidente indicano 3616 incidenti con 5304 feriti e 102 morti (tabella n. 1).

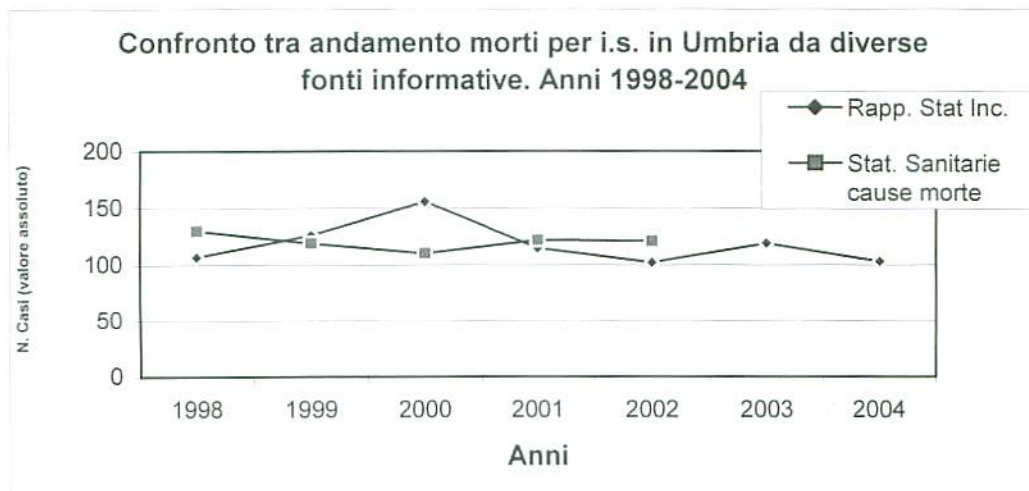
La tabella n. 1 riporta, in valore assoluto, il n. di incidenti stradali, il n. di feriti ed il n. di morti in Umbria per incidente stradale negli anni dal 1998 al 2004, derivati dal rapporto statistico di incidente (relativamente ai feriti, tali verbali non indicano se si tratti di feriti gravi o lievi).

**Tabella n. 1.** Incidenti, feriti e morti in Umbria a causa degli incidenti stradali. Anni 1998-2004 (modello "Incidenti stradali" ISTAT CTT/INC).

Anno	N. incidenti Stradali	Feriti	Morti
1998	3323	4902	107
1999	3758	5496	126
2000	3716	5346	156
2001	3728	5437	115
2002	3616	5304	102
2003	3583	5143	119
2004	3614	5107	103

Fino all'anno 2002 è possibile confrontare i dati di mortalità derivati dagli incidenti verbalizzati dalle FF.OO. sulle strade umbre con i dati sanitari derivati dalle schede di morte. Il confronto evidenzia negli ultimi anni una lieve sottostima della mortalità registrata nella verbalizzazione delle FF.OO rispetto alla mortalità per incidente stradale rilevata tramite le cause di morte.

**Figura n. 1.** Confronto nel tempo tra casi di morte (valore assoluto) per i.s. in Umbria, derivanti da diverse fonti informative.



Il rapporto tra tassi nei due sessi si stabilizza negli ultimi anni sul valore di circa 3 : 1 per i maschi, indicando una mortalità più elevata per incidente stradale per questi ultimi alle femmine.

Inoltre, rispetto al tasso medio di mortalità per incidente stradale in Italia, i tassi umbri, in entrambi i sessi risultano superiori al tasso medio nazionale per lo stesso anno di riferimento.



**Tabella n. 2** Tassi di mortalità/100.000 abitanti per incidente stradale in Umbria e in Italia dal 1998 al 2002, distinti per sesso. Statistiche sanitarie ISTAT derivate dalle cause di morte.

Anno	Umbria			Italia		
	Tasso std. uomini	Tasso std. donne	Totale tasso std.	Tasso uomini	Tasso donne	Totale Tasso
1998	22,0	8,3	15,1	21,4	5,9	13,4
1999	23,2	5,1	14,1	20,8	5,6	13,0
2000	21,1	5,3	13,1	18,9	5,6	12,1
2001	20,9	7,2	14,0	19,5	5,3	12,2
2002	21,6	6,3	13,8	19,1	4,9	11,8

Anche in Umbria, rispetto agli andamenti nazionali, una considerevole porzione della mortalità e dei danni alla salute causati da incidenti stradali riguarda la popolazione dei giovani entro i 40 anni di età, con conseguenze che vanno dalla morte alla invalidità, al ricovero ospedaliero e alla cura di Pronto Soccorso.

La tabella sottostante (tabella 4) riporta, suddivisi per fasce di età, la distribuzione percentuale dei morti per incidente stradale in Umbria estratti dal ReNCaM della popolazione Umbra residente per gli anni 2000-2004 (n. 583 casi totali sui soli residenti umbri)

**Tabella 3.** Morti per incidente stradale in Umbria estratti dal ReNCaM , suddivisi per fasce d'età - Umbria 2000-2004 (n. 583 casi totali)

Fascia di età	N. casi morti	% sul totale	% Cumulativa
1-4	6	1,03	1,0
5-13	8	1,37	1,4
14-17	14	2,40	4,8
18-23	72	12,35	17,2
24-29	54	9,26	26,4
30-39	104	17,84	44,3
40-49	48	8,23	52,5
50-59	52	8,92	61,4
60-69	59	10,12	71,5
70-74	39	6,69	78,2
75-79	58	9,95	88,2
80-85	44	7,55	95,7
> 85	25	4,29	100,0
<b>Totale</b>	<b>583</b>	<b>100,00</b>	



In Umbria il 50% delle morti per traumi da incidente stradale avviene entro i 45 anni di età, mentre circa il 25% dei morti sono rappresentati dai giovani di età compresa tra i 14 e 29 anni di età. Si può ipotizzare che, in assenza di dati oggettivi sanitari, questa distribuzione percentuale possa ben rappresentare anche la distribuzione delle invalidità e dei ricoveri causati dagli incidenti stradali.

Relativamente invece alla morbosità per incidente stradale, i dati disponibili in Umbria, presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) regionali sottostimano ancora abbondantemente il fenomeno per la mancanza di codifica dei traumi (percentuale di non compilazione del codice trauma in circa 80-83 % dei casi) e talvolta anche per una non corretta codifica degli stessi (circa il 2% di tutti i traumi presentano errata compilazione del codice di trauma).

Negli anni dal 2000 al 2003 la codifica di trauma per incidente stradale nelle SDO umbre ha rappresentato valori percentuali rispetto a tutti i traumi ed avvelenamenti variabile tra il 5% ed il 2,5%, mentre il Registro Umbro di Popolazione nella analisi della mortalità per accidenti, avvelenamenti e traumi riporta che i mezzi di trasporto rappresentano sempre in Umbria, nello stesso intervallo temporale, una percentuale variabile di mortalità per traumi del 42% (nel sesso M) e del 35% (nel sesso F).

Relativamente invece agli accessi al pronto soccorso per incidente stradale, è indispensabile osservare che la mancanza di un sistema regionale unico di rilevamento informatizzato degli accessi al pronto soccorso rende molto laboriosa, frammentaria e quindi difficilmente praticabile, al momento, l'estrazione dei dati raccolti nei singoli database delle ASL o delle Aziende Ospedaliere e molte volte questi database non contengono l'informazione indispensabile a quantificare il reale impatto degli incidenti stradali sulla salute della popolazione (ad esempio informazioni sull'infortunato, sul veicolo dello stesso, sulla controparte, sul luogo di accadimento dell'incidente, ecc.).

Alcuni fatti importanti rimangono ancora incontrovertibili in Umbria: sussistono ancora, nonostante numerosi sforzi effettuati dagli enti gestori, alcune strade statali umbre caratterizzate da una incidentalità/km ancora troppo elevata rispetto al valore medio nazionale di 0,74 incidenti/km. Tra questi il primo posto in graduatoria di pericolosità è rappresentato dal Raccordo Autostradale Bettole-Perugia con un indice di incidentalità/km = 2,54, seguito dalla SS 675 Umbro-Laziale (1,43 l/km), l'Autostrada del Sole (1,31 l/km), la SS 003 bis Tiberina (1,28 l/km) e la SS 75 Centrale Umbra (1,25 l/km).

L'unico dato al momento certo sono i costi sociali sicuramente rilevanti per l'Italia ed anche per l'Umbria e per il suo Servizio Sanitario Regionale.

I costi che direttamente o indirettamente derivano dall'incidente sono in genere distinti in quattro categorie: perdita della capacità produttiva, costi umani, costi sanitari e danni materiali e altri costi. I costi sanitari nel 2004, a livello nazionale, hanno rappresentato con 719 milioni di Euro il 4,3% dei costi umani dovuti agli incidenti stradali. La prima categoria prende in esame la mancata produttività presente e futura delle persone coinvolte in incidente stradale sia a fronte di infortunio (per inabilità temporanea e per invalidità permanente parziale) sia a fronte di decesso dell'infortunato. In Umbria, per il 2004, l'ACI ha stimato una perdita di produzione per inabilità temporanea pari a 30,0 milioni di Euro (21,2 per i maschi e 8,8 per le femmine). Per il computo dei costi sanitari si prende in considerazione il numero degli infortunati e dei morti suddivisi ciascuno in due categorie: feriti (coloro i quali hanno riportato lesioni lievi, i feriti gravi) e morti (entro le 24 ore e dopo le prime 24 ore ed entro il 30° giorno). Sempre in Umbria, relativamente all'anno 2004, l'ACI ha stimato 11,646 milioni di € di spese sanitarie totali (1,8% della spesa sanitaria nazionale per incidenti stradali). L'ACI, nel suo studio ha anche evidenziato come l'Umbria, nel danno sociale relativo a morti e feriti, abbia speso nel



2004 284 milioni di € che, suddivisi per abitante, collocano l'Umbria tra le prime regioni (V in classifica) nel rapporto spesa/abitante (340 €/abitante), contro una media nazionale di 288 €/abitante.

Le conseguenze dei traumi stradali sono drammatiche non solo in termini di riduzione della durata della vita, ma anche perché rappresentano, nelle classi d'età più giovani, la più importante causa di disabilità grave e quindi di dipendenza. Inoltre, i costi associati a questa patologia sono più alti di quelli determinati da qualsiasi malattia. I traumi da traffico sono quindi per l'Umbria un importante problema di sanità pubblica in termini sia assoluti che relativi. Ridurre il fenomeno degli incidenti stradali e, quindi, le loro conseguenze sulla salute, potrà indurre sicuri benefici e oltre a comportare una riduzione diretta del consumo di risorse assistenziali (ad. es. disponibilità di sangue per trasfusioni, prescrizioni terapeutiche, accertamenti diagnostici, ecc.), può determinare possibilità di riallocazione di risorse di pregio (ad es. maggiore disponibilità di posti letto, recupero di disponibilità di personale ed apparecchiature tecnico scientifiche specializzate) o può indirettamente potenziare settori speciali (il 60-70% dei soggetti ricoverati in istituti di riabilitazione per grave trauma cranioencefalico o spinale e' in terapia riabilitativa in seguito ad incidente stradale).

### **2.3 Le esperienze attivate in Umbria**

Il problema della prevenzione degli incidenti stradali viene affrontato ormai da diversi anni in questa Regione, con esperienze che hanno coinvolto innanzitutto le scuole, soprattutto le elementari (nelle ultime due classi) e alcune medie, attraverso iniziative di educazione/promozione della salute, che hanno visto di volta in volta protagonisti Provincia, esperti delle ASL, forze di pubblica sicurezza, vigili comunali ecc. con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del rischio fin dalle fasce di età più giovani. E' necessario però portare queste azioni a sistema attraverso un approccio integrato e sinergico tra mondi diversi: sanità, trasporti, scuola, forze dell'ordine, enti locali, associazioni sindacali e datoriali per quanto attiene ai lavoratori della strada.

### **2.4 Piano operativo**

#### **Linea operativa sorveglianza**

Poiché attualmente i dati sugli incidenti stradali sono in gran parte raccolti ed elaborati all'esterno del SSN (ACI/ISTAT) è necessario attivare un sistema di sorveglianza che permetta di:

- a) acquisire i dati inerenti gli incidenti al fine di conoscere le cause più frequenti, le aree territoriali più colpite, i comportamenti errati più frequentemente alla base dell'evento incidente e le conseguenze più significative sotto il profilo sanitario;
- b) acquisire le conoscenze e le opinioni dei cittadini sulla problematica, al fine di aumentare la sensibilizzazione rispetto al rischio;
- c) effettuare la valutazione degli interventi di prevenzione messi in campo.

Gli **obiettivi specifici** di tale linea di attività sono quindi i seguenti:

**A) MIGLIORARE I SISTEMI INFORMATIVI SUI DANNI DA INCIDENTI STRADALI DISPONIBILI PRESSO LE STRUTTURE DEL SSN** attraverso il



A1 Miglioramento della qualità dei dati delle S.D.O. (Schede di dimissione ospedaliera).

*Attualmente questa fonte informativa è assolutamente non adeguata a fornire una stima del fenomeno relativo alla morbosità derivante da incidente stradale, perché solo occasionalmente viene compilato il campo relativo alla causa del traumatismo.*

A2 Miglioramento della qualità dei dati di mortalità (RENCAM)

*Anche questa fonte informativa può essere attualmente usata solo parzialmente perché molto spesso non viene codificata la causa esterna.*

A3 Analisi del fenomeno infortunistico, relativamente a incidenti stradali in occasione di lavoro e infortuni in itinere (NUOVI FLUSSI INFORMATIVI).

A4 Implementazione dei sistemi informativi del Pronto Soccorso per avere informazioni necessarie all'analisi del fenomeno.

## **B) RINFORZARE L'ANALISI EPIDEMIOLOGICA attraverso la**

B1 analisi periodica delle statistiche degli incidenti stradali

B2 rilevazione della prevalenza d'uso dei dispositivi di protezione individuale nella popolazione :

B2.1 rilevazione dell'uso del casco e delle cinture di sicurezza anteriori  
(adesione al progetto *Ulisse dell'Istituto Superiore di Sanità*)

B2.2 rilevazione dell'uso delle cinture di sicurezza posteriori

B2.3 rilevazione dell'uso del seggiolino nel trasporto dei bambini

## **C) RACCOGLIERE CONOSCENZE E OPINIONI SUI COMPORTAMENTI COLLEGATI ALLA GUIDA E SUI FATTORI ASSOCIATI ALL'INCIDENTALITÀ' STRADALE** mediante indagini ad hoc o focus – group realizzati con soggetti target

Si prevedono quindi le seguenti **azioni con i rispettivi tempi ed indicatori** :

Per il raggiungimento dell'obiettivo A:

**A1** adeguamento del software per la compilazione informatizzata della SDO con blocco campo 19 nel caso di mancata compilazione nell'ambito del progetto regionale per la informatizzazione della cartella clinica **entro primo semestre 2007**

**indicatore** → Percentuale SDO relative ai ricoveri 2007 compilate correttamente (campo 19)

**A2.1** accordo con il Registro Tumori Umbro per il miglioramento dell'archivio di mortalità rispetto a mortalità non residenti **entro primo semestre 2007**

**A2.2** sensibilizzazione dei medici certificatori rispetto alla necessità della compilazione completa e corretta della causa di morte nel certificato ISTAT, attraverso il coinvolgimento di MMG, Medici Legali **entro secondo semestre 2006**

**indicatori** → Analisi della mortalità per incidenti stradali in Umbria di non residenti



- Percentuale certificati morte ISTAT compilati correttamente rispetto alla causa esterna
- A3** analisi dell'andamento del fenomeno infortunistico per gli aspetti specifici connessi con infortuni stradali e in itinere nel 2005

**indicatore** → Report entro il secondo semestre 2006

Per il raggiungimento dell'obiettivo **B**:

- B2** attivazione della rilevazione della prevalenza d'uso dei dispositivi di sicurezza individuali in almeno 2 USL della Regione entro 1° trimestre 2007

Formazione degli operatori dei Servizi ISP sia rispetto alla tematica in generale, sia rispetto alla rilevazione del dato tramite osservazione diretta entro secondo semestre 2006

**indicatore** → Report entro 2° semestre 2007

### Linea operativa prevenzione

Tale linea operativa è sostanzialmente finalizzata a promuovere la cultura della sicurezza stradale attraverso azioni di informazione e sensibilizzazione della collettività rispetto all'uso dei dispositivi di sicurezza individuale e all'adozione di comportamenti sicuri. Punto di forza di tali azioni dovrà essere da un lato, come già illustrato in premessa, lo sviluppo e la crescita delle sinergie tra le diverse Istituzioni che si occupano della tematica (Provincia, Comuni, Scuola, Forze dell'Ordine, ANAS, ecc), dall'altro il coinvolgimento più allargato possibile dei servizi aziendali che affrontano la tematica dalle diverse angolature, sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, al fine di dare visibilità e rilevanza agli sforzi compiuti, fino a far diventare gli operatori che lavorano sul territorio dei veri e propri testimonial rispetto ad un corretto comportamento alla guida.

Gli **obiettivi specifici** di tale linea di attività sono quindi i seguenti:

- C) PROMUOVERE L'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE nelle fasce target** attraverso
- lo sviluppo di azioni di sensibilizzazione nei confronti dei genitori rispetto all'utilizzo dei seggiolini per bambini
  - lo sviluppo di azioni di informazione/educazione sull'uso dei dispositivi di protezione individuale (casco e cinture) nei confronti dei giovani della fascia di 10 – 19 anni in collaborazione con la Scuola e le altre Istituzioni interessate
- D) PROMUOVERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA STRADALE NELLA COLLETTIVITA'** attraverso
- la partecipazione di rappresentanti dei Servizi ISP dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi di Educazione alla Salute ai Comitati Provinciali per la sicurezza stradale, di cui fanno parte tra l'altro l'Ufficio Scolastico Regionale e il Coordinamento delle Scuole Guida, con l'obiettivo di favorire un approccio basato su criteri di appropriatezza degli interventi e di valutazione della loro



efficacia, nell'individuazione di programmi finalizzati alla promozione della cultura della sicurezza stradale, da rivolgere agli alunni della scuola primaria e secondaria di primo grado (ex IV e V elem. e I e II Media) **a partire dal 1° semestre 2006**

- la partecipazione dei Servizi ISP dei Dipartimenti di Prevenzione alle attività del progetto TARTAVOLPE, promosso dall'INAIL Regionale e approvato con DGR n° 2106 del 7.12.2006, finalizzato alla promozione della cultura della sicurezza stradale negli alunni delle scuole secondarie di tutta la regione (IV e V superiore) **a partire dal 1° semestre 2006**
- la attivazione di una campagna di sensibilizzazione della collettività rispetto ai comportamenti sicuri da tenere sulla strada **entro il 2007.**

### **3) PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI**

#### **3.1 Premessa**

Gli infortuni in ambiente domestico rappresentano una tematica di sanità pubblica meritevole della massima attenzione, anche per il frequente coinvolgimento di soggetti sociali deboli, in particolare bambini ed anziani (ISPESL, 2004). Dai dati finora analizzati a livello nazionale si evidenzia che i tipi di incidente che si verificano con maggior frequenza sono le cadute, gli urti, i tagli e le ustioni, mentre i luoghi dove maggiormente tali incidenti si verificano sono la cucina, il bagno, le scale ed altri ambienti ove è la particolare struttura costruttivo-architettonica (pavimento, spigoli ed altri parti fisse) all'origine dell'incidente.

#### **3.2 Quadro epidemiologico : le conseguenze degli incidenti stradali in Umbria**

Conoscere da un punto di vista quantitativo la situazione in Umbria relativa agli incidenti domestici, significa porre le prime basi per la definizione del problema, per una valutazione della sua entità, per la identificazione dei fattori di rischio che agiscono sulla determinazione di tale tipo di incidenti e per la successiva definizione di possibili azioni di prevenzione efficaci per la riduzione dei fattori di rischio.

Diverse sono le fonti di dati a cui poter attingere per una analisi di mortalità, morbosità ed invalidità, ma tutte queste, poiché nate per scopi diversi, presentano differenze in termini di completezza dell'informazione e talvolta anche di qualità ed accuratezza della compilazione delle schede, che finora ha reso difficoltoso ogni tipo di analisi del fenomeno incidenti domestici.

E' questo il motivo per cui la legge n. 493 del Dicembre 1999 (Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici), all'art. 4, ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità l'attivazione di un Sistema Informatizzato sugli infortuni in Ambiente di civile Abitazione basato sui dati regionali. Tale Sistema, denominato SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione) era destinato alla raccolta di dati sulla mortalità e morbosità per incidente domestico in termini di accessi al Pronto Soccorso, schede di dimissione ospedaliera (SDO), dati di mortalità e dati INAIL, e rappresentava l'avvio di



un importante osservatorio nazionale e territoriale sugli infortuni che avvengono in casa e nelle pertinenze della stessa.

Poiché il sistema di raccolta dati per gli accessi al Pronto Soccorso non è ancora operativo in Umbria, per una prima analisi del fenomeno si è fatto riferimento alle uniche fonti di dati tuttora utilizzabili, rappresentate dalle schede ISTAT di morte e dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO),

Altra utile fonte di dati sugli incidenti domestici è rappresentata dalla banca dati regionale dell'INAIL. La legge n. 493 del Dicembre 1999 (Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico) che ha determinato l'obbligo assicurativo per tutti coloro, in età compresa tra i 18 ed i 65 anni, che svolgono in via non occasionale, gratuitamente e senza vincolo di subordinazione, lavoro finalizzato alle cure della propria famiglia e dell'ambiente in cui dimora, rappresenta una ulteriore occasione di conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici, soprattutto per quanto riguarda gli esiti dell'incidente in termini di invalidità.

In Umbria, negli ultimi 5 anni, si è osservata una continua crescita degli assicurati, passati da 21.000 unità del 2001 a più di 31.000 unità nel 2004.

### **La mortalità per incidente domestico in Umbria**

La mortalità per incidente domestico fa riferimento a quegli eventi nella cui scheda ISTAT di morte è correttamente compilata l'indicazione del luogo del decesso (casa). Per il 2001 i dati ISTAT indicano in Italia un numero di morti per incidente domestico pari a 1713 (857 M e 856 F). Purtroppo l'indicazione del luogo del decesso "casa" in molti casi non viene riportata, per cui l'ISS ritiene che i circa 1700 casi indicati nel 2001 rappresentino una sottostima notevole del volume complessivo degli incidenti mortali, avvenuti all'interno delle mura domestiche (che l'ISS stima essere dell'ordine di 4500 unità/anno e quindi circa 2,5 volte il dato rilevato dalle schede di morte).

Relativamente alla situazione dell'Umbria, i dati ISTAT di mortalità, indicano che negli anni 2000 e 2001 in Umbria i morti per incidente domestico (con corretta compilazione del luogo del decesso "casa") sono stati in totale 68, distribuiti in 34 morti nel 2000 (15 M e 19 F) e 34 morti nel 2001 (20 M e 14 F). Qualora anche all'Umbria si applichi il rapporto di sottostima valutato a livello nazionale, il valore reale di mortalità per incidente domestico dovrebbe aggirarsi attorno a 85-90 casi anno. Comunque, il dato di 34 morti del 2001 rappresenta l'1,98% della mortalità per incidente domestico registrata in Italia nello stesso anno, con un tasso grezzo di mortalità per incidente domestico pari a circa 40 casi per 1.000.000 abitanti che rappresenta il valore medio di mortalità per ID nelle regioni dell'Italia Centrale.

Dall'analisi dei dati ISTAT si evidenzia che tra le circostanze che in Umbria più frequentemente determinano il traumatismo/avvelenamento in ambiente domestico ci sono le cadute accidentali (66,2% del totale dei casi), con una maggiore prevalenza nel sesso femminile (72,7%) rispetto al sesso maschile (60,0%), seguite dal gruppo degli altri incidenti (14,7% sul totale dei casi, 20,0% per i maschi e 9,1% tra le femmine) e dagli incidenti causati da incendi e fuoco (7,4% sul totale dei casi, con 4 casi tra i maschi e 1 solo caso tra le femmine).

Sul totale delle circostanze che hanno determinato la morte per incidente domestico, il 51,5% dei casi riguarda il sesso maschile, mentre il 48,5% dei casi riguarda persone di sesso femminile. In Umbria riguardano prevalentemente il sesso femminile le cadute accidentali (53,3% del totale delle cadute), mentre gli eventi classificati come altri incidenti e gli incidenti causati da incendi o da fuoco hanno



riguardato prevalentemente individui di sesso maschile (rispettivamente 70,0% ed 80,0% della distribuzione per sesso).

Relativamente invece alla classificazione dello stato morboso o traumatismo che ha condotto o contribuito al decesso, i dati evidenziano in generale una maggiore frequenza del trauma cranico con frattura e dei traumatismi intracranici come causa di morte (frequenza del 23,5% per entrambi su tutte le categorie di traumatismi, equivalente a 16 casi nei due anni).

Altro tipo di patologia a maggior frequenza è la frattura degli arti inferiori (19,1% dei casi), seguita dai traumatismi interni di torace, addome e pelvi (11,8% dei casi), e dalle ustioni che rappresentano il 7,4% dei casi totali. Riguardo invece la distribuzione di queste patologie nei due sessi, il trauma cranico con frattura, i traumatismi interni del torace addome e pelvi e le ustioni riguardano più frequentemente il sesso maschile, mentre la frattura degli arti inferiori ed i traumatismi intracranici, nei due anni considerati, hanno riguardato principalmente le donne.

### **La morbosità per incidente domestico in Umbria analizzata tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).**

La morbosità per incidente domestico va considerata sia dal punto di vista dei ricoveri, sia da quello degli accessi al pronto soccorso. In entrambi i casi è importante aver chiaro che il livello di affidabilità dei dati è differente tra le due fonti.

I dati di morbosità relativi ai ricoveri, registrati tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) presentano problemi di sottostima analoghi a quelli di mortalità. Anche nelle SDO, così come nella scheda di morte ISTAT è presente l'informazione del luogo ove si è verificato l'incidente, che però nella maggior parte dei casi (e soprattutto proprio nel caso degli incidenti in casa) non viene compilata.

Nonostante la sottostima dei casi di ricovero per incidente domestico presente anche in Umbria, analogamente a quanto avviene in molte altre regioni italiane, si può comunque tentare di valutare l'entità della sottostima applicando al territorio regionale le recenti stime dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per il livello nazionale, presupponendo che non esistono al momento particolari ragioni per cui il fenomeno incidenti domestici in Umbria sia significativamente diverso dal resto del territorio nazionale.

L'ISS stima, sulla base dei dati disponibili, che gli accessi al pronto soccorso per incidente domestico siano attorno alle 2300 unità/100.000 abitanti e che tra gli accessi al pronto soccorso circa 1 su 10 necessita effettivamente di ricovero.

L'analisi effettuata indica quindi che in Umbria, in base alla popolazione residente, ci si dovevano attendere nel 2002, circa 1900 ricoveri ospedalieri per incidente domestico, contro i 510 effettivamente registrati, che rappresenterebbero quindi solo il 27% dell'intera casistica attesa nell'anno.

Nonostante quindi evidenti problemi di sottostima del fenomeno, può essere effettuata comunque una prima analisi della situazione umbra sui dati al momento disponibili.

La tabella n. 1 riporta la distribuzione, in valore assoluto e percentuale, delle 510 SDO del 2002, per sesso e per fascia di età. I ricoveri per incidente domestico nel 2002 hanno riguardato 199 maschi e 311 femmine, con numero di casi nelle femmine circa 1,6 volte maggiore rispetto ai maschi. Risulta inoltre che i ricoveri ospedalieri nel 2002 registrino in generale una crescita di casi dopo i 65 anni di età, anche se un lieve incremento di casi si registra anche nella fascia di età 50-59 anni. Nella fasce di età dei bambini (1-4 e 5-9 anni) e ragazzi (10-14 e 15-19 anni) i casi di ricovero per incidente domestico riguardano più frequentemente il sesso maschile.



In particolare il 50 % dei ricoveri per incidente domestico nel sesso maschile riguarda età dai 60 anni in su, mentre tra le donne il 50% circa dei ricoveri per incidente domestico è concentrato nella fascia di età dai 75 anni in poi.

Tabella n. 1. Ricoveri ospedalieri per incidente domestico per sesso e fascia d'età - Umbria 2002

Età	Sesso					
	Valore assoluto			Valore percentuale		
	Maschi	Femmine	Totale	%M	%F	% sul Totale
0	4	5	9	2,0	1,6	1,8
1-4	15	12	27	7,5	3,9	5,3
5-9	13	9	22	6,5	2,9	4,3
10-14	14	6	20	7,0	1,9	3,9
15-19	10	2	12	5,0	0,6	2,4
20-29	15	9	24	7,5	2,9	4,7
30-39	10	4	14	5,0	1,3	2,7
40-49	13	16	29	6,5	5,1	5,7
50-59	17	18	35	8,5	5,8	6,9
60-64	8	8	16	4,0	2,6	3,1
65-69	14	27	41	7,0	8,7	8,0
70-74	14	30	44	7,0	9,6	8,6
75-79	18	56	74	9,0	18,0	14,5
80 e oltre	34	109	143	17,1	35,0	28,0
<b>Tot.</b>	<b>199</b>	<b>311</b>	<b>510</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

L'analisi dei trend consente di osservare che i ricoveri ospedalieri conseguenti ad incidente domestico sono più frequenti nel sesso maschile rispetto al sesso femminile fino ai 59 anni di età, mentre dai 65 anni ed oltre si osserva una inversione di tendenza con una forte crescita del ricorso al ricovero soprattutto a carico del sesso femminile.

I ricoveri per incidente domestico, che hanno riguardato donne dai 65 anni in su, hanno rappresentato nel 2002 il 71,4% dei ricoveri per incidente domestico del solo sesso femminile (con 113 casi nella fascia di età 65-79 anni e 109 casi dagli 80 anni in poi) ed il 43,5% di tutti i ricoveri per incidente domestico.

### 3.3 Piano operativo

In conclusione anche in Umbria, come in altre regioni italiane, le conseguenze sanitarie degli incidenti domestici, misurate soprattutto in termini di morbilità tramite gli accessi al pronto soccorso ed i dati di ricovero ospedaliero, sono un fenomeno abbondantemente sottostimato rispetto alla realtà.

Appare quindi **prioritario**, così come già illustrato a proposito della prevenzione degli incidenti stradali **attivare un sistema di sorveglianza, fondato sull'utilizzazione di**

- **un sistema omogeneo di raccolta dati da parte dei PS**, sempre nell'ambito del progetto di informatizzazione della cartella clinica,
- **archivio INAIL degli infortuni in ambiente domestico** al fine di consentire una idonea analisi dei dati,

indispensabile per ottenere informazioni sui gruppi maggiormente a rischio (utenti designati) e sui fattori di rischio che determinano il fenomeno in modo da ottimizzare le risorse disponibili e da convergere gli sforzi su tali gruppi e valutare l'efficacia di un eventuale programma di prevenzione attuato.

Occorre però ricordare che una quota consistente degli incidenti domestici non sembra evitabile e sembra difficile, al di là di una generica informazione sui più comuni fattori di rischio, ipotizzare efficaci azioni preventive, utilizzando approcci integrati e multidisciplinari.

Un discorso diverso va fatto per gli infortuni che accadono ai bambini, che ovviamente hanno tipologie diverse in relazione alle diverse fasce d'età (sotto l'anno, tra 1 e 4 anni, tra i 5 e i 9 anni) e che vedono la possibilità che i pediatri assolvano un ruolo fondamentale sotto il profilo della sensibilizzazione e del controllo. Per tale ragione, qualora i dati provenienti dal sistema di sorveglianza dovessero confermare un coinvolgimento importante di questo target verranno improntate

- specifiche azioni preventive con la collaborazione delle associazioni dei pediatri.

#### **4) VACCINAZIONI**

(Temporizzazione delle attività)

##### **A ) Completamento e miglioramento delle anagrafi vaccinali informatizzate di ASL**

Come già sottolineato nella DGR n° 1084 del 29.06.05 nelle quattro USL dell'Umbria viene utilizzato uno stesso software per la gestione informatizzata degli archivi vaccinali, che consente:

- la registrazione della attività vaccinale
- la stampa degli inviti vaccinali per l'offerta attiva di tutte le vaccinazioni
- la valutazione delle coperture vaccinali
- la individuazione degli inadempienti e la attivazione di una attività sistematica di recupero dei non vaccinati (catch up) e riproposta periodica della vaccinazione (follow up)

Tali archivi non sono ancora utilizzati in maniera ottimale in tutte e quattro le aziende, né sono in rete con l'Assessorato.

Uno studio di fattibilità rispetto a quanto presentato nel 2005 ha messo in evidenza alcune difficoltà tecniche, rispetto alle quale si è deciso di procedere con soluzione diversa da quella inizialmente prospettata.

Pertanto si rende necessario una diversa temporizzazione delle fasi precedentemente previste :

##### **Descrizione attività**

##### **Tempi completamento**

A6) Collegamento degli archivi vaccinali di ASL alla rete regionale allo scopo di consentire una valutazione regionale delle coperture vaccinali ed una gestione dei movimenti demografici intraregionali Entro giugno 2006

A5) Implementazione della anagrafe vaccinale informatizzata regionale Entro giugno 2007

A3) Realizzazione di software utilizzabile on line dai medici di medicina generale, dai centri antidiabetici e dai SER.T. per la Entro settembre 2007



registrazione delle vaccinazioni antinfluenzali o delle altre vaccinazioni eseguite ai gruppi a rischio

A1) Miglioramento della operatività del software in uso tramite la implementazione delle seguenti specifiche tecniche:

- 1) registrazione tramite penna ottica dei dati relativi alla attività vaccinale Entro dicembre 2007
- 2) registrazione tramite penna ottica dei dati relativi ai lotti dei prodotti utilizzati
- 3) gestione delle scorte di vaccini
- 4) gestione degli eventi avversi
- 5) elaborazione di reports relativi agli inadempienti per singolo pediatra di libera scelta o medico di medicina generale

A4) formazione personale dedicato alla gestione dell'archivio vaccinale Entro dicembre 2007

## **B) Mantenimento di elevate coperture vaccinali per MPR e di elevate coperture vaccinali per i vaccini previsti dal PNV per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili tramite**

Descrizione attività

Tempi completamento

B1) la disponibilità di una anagrafe vaccinale informatizzata che in tempo reale consenta la verifica delle coperture vaccinali per MPR e la individuazione dei suscettibili cui reiterare l'invito e la possibilità di estrarre i dati dei suscettibili per singolo pediatra al fine di coinvolgere il pediatra nel recupero degli inadempienti Realizzato entro dicembre 2005 nelle quattro USL

B2) il coinvolgimento dei medici di medicina generale per la individuazione ed esecuzione delle vaccinazioni per i gruppi a rischio (antinfluenzali) anche tramite la predisposizioni di programmi on line per la registrazione dei dati vaccinali Vedi tempi previsti per l'attività A3

## **C) Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale**

L'U.T.D. Prevenzione, recentemente costituito presso la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, ha avviato l'analisi della ricognizione richiamata nel documento di cui al punto C1 a del Piano Vaccinazioni e ritiene di completare il percorso individuato **entro giugno 2007**.

Per quanto sopra esposto si propone pertanto alla Giunta Regionale:

1) di approvare le integrazioni e le ulteriori determinazioni relative al Piano regionale della prevenzione attiva di cui alle DGR 1084/05 e 2305/05 e per quanto riguarda i programmi contenuti negli allegati di cui al punto 1 della presente deliberazionee relativi a:

- prevenzione degli infortuni lavorativi;
- prevenzione degli incidenti domestici;

- prevenzione degli incidenti stradali;

2) di approvare il cronoprogramma relativo al Piano vaccini ;

3) di approvare che i cronoprogrammi relativi alla successione temporale degli interventi in cui si articolano i programmi che costituiscono il Piano regionale della Prevenzione attiva siano organici al percorso complessivo della programmazione sanitaria regionale;

4) di dare mandato ai competenti servizi della Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali di dare seguito alle previsioni programmatiche contenute nei punti della presente deliberazione;

5) di dare mandato all'Assessore Maurizio Rosi di proporre in Conferenza Stato Regioni opportune iniziative volte a dare alla interazione tra CCM e SSR maggiore appropriatezza;

6) di pubblicare il presente atto sul BUR.

Perugia, 28.03.2006

L'Istruttore  
(Dott.ssa Mariadonata Giaimo)

---

#### VISTO DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

**Visto** il documento istruttorio e riscontrata la regolarità del procedimento, ai sensi dell'art. 21, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si trasmette al Direttore per le determinazioni di competenza.

Perugia, 28.03.2006

Il Responsabile del procedimento  
(Dott.ssa Mariadonata Giaimo)

---

#### PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' TECNICO-AMMINISTRATIVA E DICHIARAZIONE CONTABILE

Ai sensi dell'art. 21, commi 3 e 4, del Regolamento interno della Giunta, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e si dichiara che l'atto non comporta impegno di spesa.

Perugia, 28.03.2006

Il Dirigente Responsabile dell'UDT Prevenzione  
(Dott.ssa Mariadonata Giaimo)

---

#### PROPOSTA E PARERE DI LEGITTIMITA'



Il Direttore regionale alla Sanità e servizi Sociali;

**Visto** il documento istruttorio;

**Atteso** che sull'atto sono stati espressi il parere di regolarità tecnico-amministrativa e la dichiarazione contabile prescritti;

Non ravvisando vizi sotto il profilo della legittimità;

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Perugia, 28.03.2006

Il Direttore  
(Dott. Domenico De Salvo)

pprev\_ udtp