

internazionali, interazioni economiche e politiche, relazioni interumane e tra uomo ed animali continuano ad interessare il sistema della globalizzazione. Da queste interazioni può scaturire, per via accidentale o deliberata, la comparsa di nuovi e sconosciuti agenti di malattie infettive, così come la ricomparsa di malattie da tempo dimenticate e la modificazione di agenti infettivi tali da condizionarne la maggiore diffusibilità e virulenza. Le soluzioni per limitare la diffusione di infezioni emergenti e riemergenti richiedono la cooperazione di più discipline e di più entità in tutto il mondo. Le chiavi di successo in questa impresa saranno l'adeguamento delle risorse finanziarie, lo scambio e la rapida comunicazione delle conoscenze e la

cooperazione tra esperti di sanità pubblica e di discipline biomediche con esperti di comportamento umano, di politica, di economia ed altre discipline.

Bibliografia essenziale

- Lasher FR. Emerging infectious diseases at the beginning of the 21st century. *Online J Issues Nurs* 2006; 11:2.
- Skowronski DM, Astell C, Brunham RC, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS): a year in review. *Annu Rev Med* 2005;56:357-81.
- Stöhr K. Avian influenza and pandemics—research needs and opportunities. *N Engl J Med* 2005; 352: 405-407.
- Who, Emerging and re-emerging infectious diseases, Fact Sheet, 1998, 97 http://www.who.int/whr/2004/annex/top ic/en/annex_2_en.pdf.

2.15 Malattie della bocca e dei denti

Le patologie dei denti e della bocca più diffuse nella popolazione italiana sono la carie e la malattia parodontale; non meno importante in termini di impatto negativo sullo stato di salute è il cancro orale. Queste patologie, se non adeguatamente trattate, possono determinare l'insorgenza di edentulismo e quadri clinici più importanti con indubbe ricadute sullo stato di benessere psico-fisico di ciascun individuo.

La patologia cariosa è una malattia infettiva a carattere cronico-degenerativo, trasmissibile, ad eziologia multifattoriale; interessa i tessuti duri dentali determinandone, nel tempo, la distruzione. La sua elevata prevalenza ed incidenza nella popolazione mondiale ed italiana ne fanno una malattia rilevante nel quadro generale della sanità pubblica.

La carie interessa individui di ogni età e la sua prevalenza, nella dentatura permanente, aumenta di pari passo con l'aumentare degli anni. Negli individui giovani si manifesta più di qualsiasi altra malattia infettiva cronica.

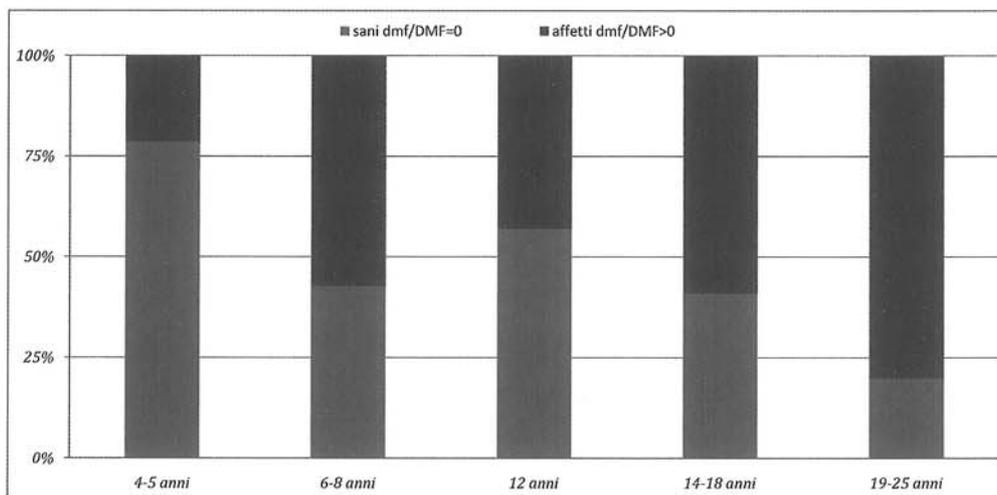
Il mancato trattamento, negli stadi

iniziali, può essere causa di dolore e di infezioni con conseguente limitazione dell'alimentazione ed anche della crescita; inoltre, le sequele possono comportare l'insorgenza di importanti problematiche relazionali.

Nel corso degli ultimi decenni, in molti paesi industrializzati, fra cui l'Italia, è stata registrata una riduzione della malattia. Per spiegare questo trend, specie nelle nazioni nelle quali non sono stati attuati programmi preventivi di comunità, sono stati chiamati in causa diversi fattori fra cui il miglioramento dell'igiene orale, un approccio più razionale al consumo di zucchero (entrambi promossi dai mass-media) e, soprattutto, un uso corretto dei fluoruri.

In particolare, dal punto di vista epidemiologico, pur avendo scarsi dati su carie e malattia parodontale e, quando presenti, frammentari e spesso relativi a campioni non rappresentativi sotto il profilo statistico della fascia di popolazione considerata, la malattia cariosa, in Italia, a 4 anni di età, è confinata nel

Figura 1 – Prevalenza della carie nella popolazione italiana (dmf/DMF) per fasce di età – Anno 2005



FONTE: Centro di Collaborazione OMS di Milano per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità.

21,6% degli individui mentre, a 12 anni, il 43,1% circa degli individui ne è affetto (Figura 1).

Il quadro epidemiologico non è omogeneo a livello nazionale: infatti, dai dati in possesso si appalesa un Nord più sano, seguito dal Centro. Tale situazione conferma le attuali conoscenze che evidenziano che la carie nei paesi a più elevato reddito, come l'Italia, si concentra soprattutto nelle fasce "deboli" della popolazione, specialmente quelle in condizioni di vulnerabilità economica e sociale.

Quasi il 60% degli individui di età compresa tra i 13 ed i 18 anni ha già avuto almeno una lesione cariosa. Gli adolescenti che appartengono a famiglie a più alto reddito e frequentano scuole secondarie di secondo grado, mostrano un livello di patologia dento-parodontale meno elevato.

Negli individui di età compresa tra i 19 ed i 25 anni c'è una prevalenza di patologia superiore all'80%.

Dati su campioni significativi di età più elevata sono assenti, probabilmente a causa della difficoltà che esiste nel raccogliere informazioni in campioni di queste fasce di età.

La malattia parodontale è una patologia infiammatoria dei tessuti di sostegno dei denti ad eziologia multi-

fattoriale, essenzialmente batterica, che vede l'interazione di tre cofattori principali: la suscettibilità dell'ospite, fattori ambientali e comportamentali.

Le evidenze disponibili mostrano che i principali fattori di rischio correlati alla malattia sono una scarsa igiene orale, l'uso di tabacco, il consumo eccessivo di alcol, il diabete mellito, lo stress.

Il mancato trattamento della malattia parodontale conclamata conduce, inevitabilmente, alla perdita degli elementi dentari coinvolti nel processo cronico-degenerativo.

Relativamente alle condizioni parodontali, in Italia, a 4 anni il 3,56% degli individui presenta tartaro mentre, a 12 anni, i tessuti parodontali appaiono sani nel 47,81% dei casi; la presenza di tartaro si attesta al 28,33% mentre la presenza di sanguinamento al sondaggio è del 22,46% (Tabella 1).

Dati epidemiologici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, riscontrabili anche nel nostro Paese, confermano la prevalenza di problemi parodontali più elevata nella popolazione di età superiore ai 55 anni.

La percentuale di individui con un parodonto sano, definito come assenza d'infiammazione, diminuisce con l'aumentare dell'età e non rappresenta più del 10% della popolazione adulta.

Tabella 1 – Distribuzione dell'Indice di Condizioni Paradontali - CPI nella popolazione italiana per fasce di età – Anno 2005

CPI=0	CPI=1 Sanguinamento	Tartaro	CPI=2	CPI=3-4 Tasche patologiche
4-5 anni	65,400	34,600	0,000	—
6-8 anni	49,500	13,100	37,400	—
12 anni	47,600	23,800	28,700	—
14-18 anni	26,400	39,100	34,500	—
19-25 anni	0,000	52,900	38,800	8,300

FONTE: Centro di Collaborazione OMS di Milano per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità.

Il cancro orale è una neoplasia che può coinvolgere la cavità orale a livello di labbra, lingua, mucose orali e gengive ed interessare anche la faringe, l'orofaringe e l'ipofaringe. Il cavo orale e l'orofaringe rappresentano la seconda sede, dopo la laringe, per frequenza, dei tumori della testa e del collo. La forma più diffusa di cancro orale (>90%) è il carcinoma squamo cellulare.

L'uso e l'abuso di fumo ed alcool sono universalmente riconosciuti come cause principali dei carcinomi orali come di tutti gli altri carcinomi delle vie aeree (laringe e polmoni in particolare). L'azione di questi due cancerogeni è ancora più nociva se agiscono sinergicamente sullo stesso individuo.

Anche l'igiene orale scadente gioca un ruolo importante nell'insorgenza dei carcinomi di questo distretto mediante un'azione diretta o indiretta visto che favorisce il contatto prolungato delle sostanze cancerogene con la mucosa della bocca. Tuttavia, è bene ricordare che circa il 25% delle patologie tumorali orali si sviluppa in pazienti che non fumano e che non hanno avuto un contatto significativo con i fattori di rischio sopra citati. Nell'ultimo decennio si è assistito ad un incremento dell'incidenza del carcinoma del cavo orale in pazienti con età inferiore ai 35 anni.

In Italia, gli ultimi dati riferiti al periodo 1998-2002 indicano che il tasso grezzo di incidenza per 100.000 abitanti dei tumori delle vie aerodigestive superiori è 32,5 per gli uomini e 6,5 per le donne. Sono stimati 10.432 nuovi casi tra i

maschi e 1.980 tra le femmine; per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 3.614 decessi fra i maschi e 762 fra le femmine.

In particolare, il tasso grezzo annuo di incidenza su 100.000 nel periodo 2000-2003 per le neoplasie della cavità orale e faringe è di 18,9 fra i maschi e 7,1 fra le femmine.

A differenza di ciò che avviene per le patologie dento-parodontali, il cancro orale risulta di più frequente riscontro al Nord del paese. Infatti, il tasso standardizzato di incidenza è 12,1 al Nord, 7,5 al Centro e 6,8 al Sud (Tabella 2). Questi dati sono probabilmente attribuibili sia ad una maggior sorveglianza epidemiologica realizzata nel Nord del paese, sia ad una maggior esposizione della popolazione ai principali fattori di rischio.

Il carcinoma orale ha un elevato tasso di mortalità: la sopravvivenza, infatti, a cinque anni dalla diagnosi è complessivamente pari a circa il 45% ed è maggiore per le donne (54%) rispetto agli uomini (41%).

La mortalità dei pazienti affetti da carcinoma orale è in assoluto tra le più alte e, a differenza di tumori che interessano altri distretti corporei (colon, mammella, cute), è stabile da oltre 20 anni.

Importante è il momento della diagnosi dacché la malattia viene spesso diagnosticata in fase avanzata, pur essendo la sua presenza di non difficile diagnosi. Se il carcinoma orale è diagnosticato in fase precoce, la sopravvivenza a 5 anni può raggiungere circa l'80-90%.

Tabella 2 – Tassi Standardizzati di incidenza per le neoplasie della cavità orale e faringe – Anni 2000-2003

Area	Tasso	Errore St	CI95%
Nord	12,100	0,200	11,70 - 12,60
Centro	7,500	0,200	7,10 - 7,80
Sud-Isole	6,800	0,300	6,20 - 7,50
Media Nazionale	9,400	0,100	9,20 - 9,70

FONTE: Banca Dati Artium.

In merito all'edentulia, parziale o totale, i dati Istat disponibili e relativi all'anno 2005 indicano che, in Italia, il 10,9% della popolazione di quattordici anni non ha più denti naturali contro il 60% della popolazione di età superiore agli ottanta anni che presenta perdita di elementi dentari tali da inficiare una corretta masticazione. Il 12,5% delle donne sono in condizione di edentulismo totale contro il 9,2% degli uomini.

Il 42,1% degli individui di età compresa tra i settantacinque ed i settantannove anni ha una protesi totale contro il 52,2% degli ultraottantenni.

L'edentulia si presenta nel 29,4% della popolazione con basso titolo di studio.

A livello territoriale, la popolazione anziana a più alta prevalenza di edentulismo totale si trova nel Nord Italia e ciò sembra legato al maggior ricorso che si fa in questa parte del Paese a cure riabilitative implanto-protesi che implicano una maggiore pratica di estrazione di pilastri dentari naturali.

In generale, però, la perdita degli elementi dentari nelle persone anziane è dovuta ad un'elevata frequenza di malattia parodontale e carie quale conseguenza di scarsa igiene e mancanza di regolari controlli odontoiatrici.

Gli anziani autonomi mostrano un numero di denti significativamente più elevato, un indicatore DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) più basso ed un numero più elevato di bocche funzionalmente efficienti, grazie alla presenza di un numero maggiore di riabilitazioni protesiche, rispetto ad individui della stessa classe di età ricoverati od ospitati in residenze sanitarie.

Bibliografia essenziale

- Campus G, Cagetti MG, Senna A, Sacco G, et al. Caries prevalence and need for dental care in 13-18-year-olds in the Municipality of Milan, Italy. *Community Dental Health* 2008; 4:237-42.
- Campus G, Cagetti MG, Solinas G, et al. The Italian study group on children oral health. ECC in Italy, pattern and severity. *Caries Res* 2007a; 41:299-300.
- Campus G, Solinas G, Cagetti MG, et al. National Pathfinder Survey of 12-Year-Old Children's Oral Health in Italy. *Caries Research* 2007;41:512-7.
- Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Istat, 2005.
- Tumino R, Vicario G. Head and neck cancers: oral cavity, pharynx and larynx. *Epidemiol Prev*, 2004. 28 (2 suppl): 28-33.
- Tumori delle vie aerodigestive superiori. Banca Dati AIRTUM. www.registri-tumori.it

3

Mortalità e disabilità dovute a cause esterne

3.1 Infortuni sul lavoro

3.1.1 Introduzione

Gli infortuni sul lavoro non sono delle fatalità, ma sono eventi prevenibili, che possono essere evitati se sono resi più sicuri gli ambienti lavorativi e le attrezzature utilizzate, se è garantita una valida formazione sui rischi e sono adottate misure preventive efficaci.

È assodato che il raggiungimento di livelli di eccellenza nell'ambito della sicurezza sul lavoro costituisce un positivo fattore di spinta per il rendimento e la produttività. Risulta non solo doveroso, ma anche economicamente conveniente investire in sicurezza, in particolare nei settori ad elevato rischio di infortunio grave o mortale, per abbattere efficacemente il numero di eventi dannosi e i relativi alti costi economici, umani e sociali, del fenomeno infortunistico.

In Italia la cultura dell'attenzione al rischio e la sua gestione si sta progressivamente sempre più sviluppando e rafforzando, come testimoniato dall'accentuazione del trend in discesa degli infortuni che, nel 2007, si è ulteriormente stabilizzato e consolidato. In parallelo, nello stesso periodo, si è positivamente avviata la razionalizzazione del contesto legislativo che, nel biennio 2007/2008, ha visto l'emanazione di alcuni DPCM particolarmente significativi, quale il decreto recante il Patto per la tutela della Salute e la Prevenzione nei luoghi di lavoro e il DPCM per l'attuazione del coordinamento delle attività di preven-

zione e vigilanza, nonché l'emanazione del D. Lgs. 81/08, riguardante la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Nel predetto biennio, un ulteriore elemento di novità per l'orientamento ad una gestione dei rischi infortunistici nell'ambito di una visione di sistema, che ha influito in maniera sicuramente positiva, è stato rappresentato dall'attuazione del Piano nazionale della Prevenzione, che ha riguardato anche la prevenzione degli infortuni lavorativi (PNP 2005/2008).

3.1.2 Rappresentazione dei dati

Secondo le rilevazioni Istat, nell'anno 2007 l'aumento complessivo degli occupati è stato di circa 234.000 unità, con un incremento dell'1% rispetto all'anno precedente; gran parte di tale aumento è attribuibile all'incremento dell'occupazione dei migranti (circa 154.000 unità). Il maggior aumento degli occupati si è registrato nelle costruzioni con un 2,9% in più; nel settore dei servizi l'incremento è stato del 1,4%, nell'industria del 4%, mentre l'agricoltura ha subito una contrazione con una riduzione del 9%.

A fronte dell'aumento del numero degli occupati, il numero di denunce di infortuni pervenute all'INAIL al 31/10/2008, relative all'anno 2007, come riportato in Tabella 1, evidenzia una flessione dell'1,7% rispetto ai dati del 2006.

Tabella 1 – Infortuni denunciati nel 2007 per gestioni assicurative

Gestione	Infortuni in complesso	Composizione	Casi mortali	Composizione %
Industria e Servizi	825.981	90,5	1.088	90,1
Agricoltura	57.206	6,3	105	8,7
Dip. Conto Stato	29.223	3,2	14	1,2
Tutte le Gestioni	912.410	100,0	1.207	100,0

Fonte dati: INAIL.

Per gli infortuni occorsi su strada, i dati mostrano un significativo aumento degli stessi (pari ad un + 2,2%), con un incremento in termini strettamente numerici di 4.778 infortuni in più rispetto ai casi verificatisi nell'anno 2006.

Gli infortuni mortali risultano scesi dai 1.341 del 2006 ai 1.207 del 2007, con un calo complessivo pari al 10%; per contro vi è da registrare, in controtendenza, l'aumento degli eventi mortali avvenuti su strada. Se si sommano i circa 300 morti registrati per infortuni avvenuti "in itinere" (che hanno fatto registrare un incremento del 9,5% rispetto al 2006), con i 342 decessi avvenuti su strada in occasione di lavoro, viene complessivamente raggiunta la quota del 52,1% di tutti gli infortuni mortali verificatisi nell'anno 2007.

3.1.3 Esposizione e valutazione critica dei dati

Dall'analisi dei dati INAIL, rapportata all'ambito territoriale regionale, si osserva che la riduzione degli infortuni registrata tra il 2006 ed il 2007 ha interessato quasi tutte le regioni, ad eccezione delle regioni Lazio, Calabria e della P.A. di Bolzano, in cui sono stati riscontrati incrementi poco inferiori al mezzo punto percentuale, mentre per la Sicilia l'incremento degli infortuni è risultato del 4,15%.

Il maggior numero di infortuni e di morti sul lavoro vedono tra le regioni al primo posto la Lombardia.

In una suddivisione per macroaree, il Nord-Est risulta essere la macroarea con il maggior numero di infortuni

(298.482 casi), mentre nel Nord-Ovest si registra il più alto numero di morti sul lavoro con 339 decessi. Dagli ultimi dati INAIL emerge che gli infortuni hanno colpito in particolare i lavoratori di sesso maschile, nella misura del 72,5%, mentre hanno riguardato le lavoratrici solo nel restante 27,5% dei casi denunciati.

Analogamente a quanto avviene per le malattie professionali, il maggior numero di infortuni risulta concentrato nel settore dell'Industria e dei Servizi (90,5% dei casi), in cui inoltre si continua a registrare anche il maggior numero di infortuni con esiti mortali; dai dati INAIL si ricava che nel 2007 il 90,1% degli eventi mortali è occorso nell'Industria e Servizi con 1.088 casi, l'8,7% in Agricoltura con 105 casi e l'1,2% fra i dipendenti dello Stato con 14 casi.

La classe di età maggiormente coinvolta negli infortuni, ivi compresi quelli con esito mortale, risulta essere la fascia di età compresa tra i 35-49 anni.

Il settore Costruzioni risulta al primo posto per infortuni mortali, con il 25,3% dei casi nel 2007, seguito da Trasporti e Comunicazioni con il 14,1% e dal settore Commercio con il 10,9%.

I lavoratori stranieri rispetto ai lavoratori italiani risultano più esposti ad infortunio; nel 2007 vi è stato un incremento dell'8,9% rispetto al dato registrato nell'anno 2006, con un'incidenza infortunistica più elevata rispetto a quella dei lavoratori italiani (47 infortuni ogni 1.000 occupati contro 41). La maggior parte degli infortuni che coinvolgono lavoratori stranieri si concentra nel settore delle Costruzioni.

Anche tra i lavoratori interinali (somministrazione di lavoro) e tra i lavoratori parasubordinati si registrano, per il 2007, rispetto all'anno precedente, sensibili aumenti percentuali del numero di infortuni, pari rispettivamente al 13,6% e al 5,6%.

Da una comparazione approssimativa dei dati registrati nel nostro Paese con i dati europei (non essendo direttamente confrontabili tra loro i dati nazionali e quelli europei, in quanto raccolti con sistemi di rilevazione diversi), si può ritenere che il nostro Paese sia posizionato al di sotto del tasso medio di incidenza di infortuni lavorativi sia dell'Europa a 15 che dell'area euro.

Un forte impulso alla raccolta dei dati sugli infortuni mortali è stato dato nel 2007 dall'estensione ai Ministeri del Lavoro e della Salute ed all'IPSEMA del progetto ISPEL-INAIL-Regioni, sul sistema di sorveglianza nazionale degli infortuni mortali sul lavoro, che ha costituito l'avvio alla realizzazione del SINP (Sistema Informativo Nazionale per Prevenzione sul Lavoro), previsto dal D. Lgs. 81/08 sulla sicurezza e salute sul lavoro.

Il progetto, attraverso l'adozione su tutto il territorio nazionale di un unico modello condiviso di rilevazione dei dati, ha consentito di rendere omogenee e confrontabili le modalità di approfondimento e di analisi dei casi di infortunio mortali, e ha permesso la realizzazione del repertorio degli infortuni mortali, finalizzato alla conoscenza delle cause e delle dinamiche infortunistiche. L'analisi dei dati, utilizzando il modello "sbagliando si impara", ha evidenziato che gli infortuni mortali avvengono per circa l'86,2% nelle microaziende (con 1-9 addetti); più dell'85% interessa lavoratori di nazionalità Italiana; tra i lavoratori stranieri colpiti, il 60% proviene dall'est Europa. Il repertorio relativo al periodo 2005-2008 (dati aggiornati al febbraio 2009), conta 1.595 casi, che, in relazione al verificarsi degli eventi su base regionale,

collocano al primo posto le Marche con 324 casi mortali, seguite dalla Lombardia con 284 casi e dal Piemonte con 203 eventi mortali.

3.1.4 Indicazioni per la programmazione

Livelli adeguati di gestione del rischio e dei comportamenti, uniti alla più ampia consapevolezza della percezione dei rischi, possono e devono diventare un requisito essenziale per la responsabilizzazione di tutti i soggetti interessati, al fine di ridurre sempre più il numero degli infortuni sul lavoro. Nella comunicazione della Commissione Europea "Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro", viene ribadito che l'obiettivo da raggiungere è una riduzione del 25% (per 100.000 lavoratori) dell'incidenza degli infortuni sul lavoro, sia a livello nazionale che europeo.

La strategia comunitaria per conseguire tale obiettivo propone di migliorare la protezione della salute e la sicurezza dei lavoratori, fornendo in tal modo un contributo essenziale al successo della strategia per la crescita e l'occupazione. Per l'abbattimento degli infortuni, la strategia europea punta in particolare ad una programmazione di misure da parte degli Stati membri, che garantiscano:

- una buona attuazione della legislazione europea;
- il sostegno alle piccole e medie imprese nell'applicazione della legislazione;
- l'adattamento dinamico del contesto giuridico all'evoluzione del mondo del lavoro, in modo da semplificarlo il più possibile;
- lo sviluppo e l'attuazione di strategie nazionali;
- la messa in campo di azioni in grado di promuovere un mutamento dei comportamenti dei lavorato-

ri, nonché approcci presso i datori di lavoro che ne orientino l'attenzione sull'aspetto salute;

- lo sviluppo di metodi per l'identificazione e la valutazione dei nuovi rischi potenziali;
- il miglioramento del follow-up dei progressi realizzati;
- la promozione della salute e la sicurezza.

Per mettere in campo azioni concrete in grado di incidere efficacemente sull'abbattimento del numero di infortuni, una valenza strategica determinante sarà data dalla piena realizzazione del SINP, che renderà possibile l'effettuazione capillare, attraverso le informazioni raccolte, di una vigilanza mirata

nei luoghi di lavoro più a rischio, la valutazione della reale efficacia nel contrastare il fenomeno infortunistico degli interventi preventivi posti in essere, l'identificazione di nuove categorie occupazionali, di settori e di specifici luoghi di lavoro oggettivamente più rischiosi, in cui sia necessario intervenire con appropriati interventi in maniera prioritaria per prevenire gli infortuni.

Bibliografia essenziale

INAIL. Rapporto Annuale sull'andamento infortunistico, 2007.

ISPESL, INAIL, Regioni e Province Autonome. Indagine integrata per l'approfondimento dei casi d'infortunio mortale. Rapporto nazionale finale. Fogli di Informazione 2006; n.1 Suppl.

3.2 Incidenti stradali

3.2.1 Introduzione

Gli incidenti stradali costituiscono per tutti i paesi europei una effettiva emergenza, oltre che sanitaria anche economica e sociale, risultando essere la prima causa di morte per le fasce d'età comprese tra i 15 ed i 35 anni.

Tale emergenza per essere affrontata efficacemente necessita sinergicamente di interventi strutturali, normativi ed educativi.

3.2.2 Rappresentazione dei dati

I dati ufficiali sull'incidentalità stradale sono raccolti dall'Istat (Istituto Italiano di Statistica) e pubblicati annualmente. L'Istat raccoglie le informazioni sull'incidentalità mediante una rilevazione totale a cadenza mensile di tutti i sinistri stradali verificatisi sull'intero territorio nazionale, che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti). A tale indagine collabora attivamente l'ACI. Le rilevazioni effettuate costituiscono il frutto di un'azione congiunta e complessa tra una molteplicità di ulteriori soggetti

istituzionali, tra i quali il Ministero dell'Interno, la Polizia Stradale, i Carabinieri, la Polizia Municipale, la Polizia Provinciale, gli uffici di statistica dei comuni capoluogo di provincia e gli uffici di statistica di alcune province, che hanno sottoscritto una convenzione con l'Istat finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazione su supporto informatico e al successivo invio all'Istituto dei dati informatizzati.

Ogni giorno in Italia si verificano in media 633 incidenti stradali, che provocano la morte di 14 persone e il ferimento di altre 893. Nel complesso, nell'anno 2007 sono stati rilevati 230.871 incidenti stradali, che hanno causato il decesso di 5.131 persone, mentre altre 325.850 hanno subito lesioni di diversa gravità (rispettivamente -9,5% e -2,1% rispetto al 2006) (Tabella 1).

L'analisi dell'incidentalità nel lungo termine mostra una costante riduzione della gravità degli incidenti, evidenziata dall'indice di mortalità (numero di morti ogni 100 incidenti), che si attesta al 2.2% nel 2007 contro l'8% del 2000, e dall'indice di gravità, che passa da 1,9 a 1,6 decessi ogni 100 infortunati.

Tabella 1 – Incidenti stradali, morti e feriti (valori assoluti) - Anni 2000-2007

Anni	Incidenti	Morti	Feriti	Indice di mortalità (a)	Indice di gravità (b)
2000	256.546	7.061	360.013	2,8	1,9
2001	263.100	7.096	373.286	2,7	1,9
2002	265.402	6.980	378.492	2,6	1,8
2003	252.271	6.563	356.475	2,6	1,8
2004	243.490	6.122	343.179	2,5	1,8
2005	240.011	5.818	334.858	2,4	1,7
2006	238.124	5.669	332.955	2,4	1,7
2007	230.871	5.131	325.850	2,2	1,6

a) Indice di mortalità: si calcola come rapporto tra il numero dei morti ed il numero degli incidenti, moltiplicato 100.

b) Indice di gravità: si calcola come rapporto tra il numero dei morti ed il numero totale dei morti e dei feriti, moltiplicato 100.

FONTE DATI: Istat anno 2008.

3.2.3 Esposizione e valutazione critica dei dati

Analizzando la serie storica degli incidenti stradali con morti e feriti dal 2000 al 2007, notiamo un calo sia del numero di incidenti sia del numero di decessi e di feriti.

In Italia, nel periodo 2000-2007, gli incidenti sono passati da 256.546 a 230.871, i morti da 7.061 a 5.131, i feriti da 360.013 a 325.850. Si è pertanto registrato un decremento del 10% per quanto riguarda il numero di incidenti, del 9,5% per i feriti e del 27,3% per quanto riguarda il numero di morti in incidente. Si sottolinea che, nello stesso periodo, il parco veicolare è cresciuto del 15,7%.

Nell'analisi delle cause di incidente non si rilevano nel 2007 differenze notevoli rispetto all'anno precedente. Le prime tre cause di incidente sono rappresentate, per il 45% dei casi, da :

- il mancato rispetto delle regole di precedenza;
- la guida distratta;
- la velocità troppo elevata.

I difetti e le avarie del veicolo costituiscono solo lo 0,4% del totale delle cause di incidente.

Lo stato psico-fisico alterato del conducente, pur non rappresentando

una percentuale elevata del totale dei casi di incidente (3,1%), assume importanza per la gravità degli eventi. Le cause principali che determinano tale condizione sono rappresentate da: ebbrezza da alcool (6.124 casi pari al 68% della categoria), malore, ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope e sonno, che con 2.612 casi pesano per il 29%.

Il comportamento scorretto del pedone o lo stato psico-fisico alterato dello stesso si rileva in 8.745 casi e pesa per il 3% sul totale delle cause di incidente.

La distribuzione tra ore del giorno e della notte delle cause accertate o presunte di incidente evidenzia le cause che si riscontrano maggiormente nelle ore notturne: velocità, presenza di ostacoli o buche sulla carreggiata, alcool e droghe, sonno. Di giorno prevalgono le manovre ed i sorpassi irregolari e gli incidenti con pedoni.

Con riferimento alla localizzazione, si rileva che la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche, mentre sulle strade extraurbane è la velocità (Tabella 2).

Il pedone è certamente il soggetto più debole fra le persone coinvolte. Circa 60 persone ogni giorno sono

Tabella 2 – Morti e feriti per categorie di utente della strada – Anno 2007

	Morti		Feriti		Indice di gravità
	N°	%	N°	%	
Conducenti	3.645	71,0	227.326	69,8	1,6
Trasportati	859	16,7	77.999	23,9	1,1
Pedoni	627	12,2	20.525	6,3	3
Totale	5.131	100	325.850	100	1,6

Fonte: Dati Istat 2008.

coinvolte in investimenti. Il rischio di infortunio causato da investimento stradale è particolarmente alto per la popolazione anziana, sia con riferimento ai valori assoluti dei coinvolti, sia rapportando tali valori agli anni compresi nelle classi:

- tra 80 e 84 anni, che presenta il valore massimo in termini assoluti per quanto riguarda i morti (93);
- tra 75 e 79 anni, per quanto riguarda i feriti (1.573).

Nella classe tra 10 e 13 anni i coinvolti in investimento sono 730, mediamente 182,5 per ciascun anno della classe. Il rischio di investimento, tuttavia, è maggiore per i ragazzi di 14-15 anni: ne risultano coinvolti 542, cioè in media 271 per ciascun anno di età.

Nel complesso, la fascia più colpita dalle conseguenze degli incidenti stradali è quella tra i 25 e i 29 anni, con 554 morti e 38.521 feriti in valore assoluto.

Con riferimento ai valori medi per singolo anno di ciascuna fascia di età, risultano maggiormente coinvolti i giovani tra i 18 e i 20 anni (8.337 tra morti e feriti per ogni anno di età).

I bambini al di sotto di 10 anni, morti e feriti in incidente stradale, sono 6.480, cioè mediamente 18 al giorno.

La mortalità per infortunio in itinere, un fenomeno che come noto riguarda il lavoratore nel percorso casa-lavoro o lavoro-casa e nei tragitti effettuati per spostarsi da un luogo di lavoro all'altro, ha mostrato a partire dal 2002 (396 casi denunciati) una dimi-

nuzione costante e significativa, scendendo nel 2006 a quota 255. Questo è un risultato da valutare positivamente, ma resta comunque sempre alta la pericolosità di questa tipologia d'infortuni, che deve far riflettere su come le attività di prevenzione debbano interessare non solo le specifiche attività lavorative, ma guardare anche al più ampio scenario della sicurezza stradale. Le donne rappresentano quasi la metà dei casi denunciati d'infortunio in itinere, ma per le morti la quota femminile non arriva al 20%. L'area geografica più colpita, in valori assoluti, è il Nord, dove si verificano i 2/3 dei decessi in itinere: in particolare, le Regioni del triangolo padano, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, assommano da sole oltre il 50% del fenomeno nazionale. Si tratta di un'area ad alto rischio, sia per intensità di traffico legato al trasporto merci o turistico, sia per motivi meteorologici.

A conferma del fatto, più volte sottolineato, che l'infortunio in itinere rappresenta un rischio trasversale all'attività lavorativa, in quanto non strettamente collegato ad essa, la distribuzione per settore economico mostra che le donne più colpite da infortunio mortale sono quelle che lavorano nel Tessile, nel Commercio al dettaglio e nei Servizi alle imprese; gli uomini, invece, sono occupati nell'Industria metalmeccanica, nelle Costruzioni e nel Commercio. Un quadro che rispecchia quasi fedelmente la composizione delle attività lavorative svolte dai due sessi.

3.2.4 I costi sociali degli incidenti stradali

A cura dell'ACI è stato condotto uno studio sulla stima dei costi sociali degli incidenti stradali (Tabella 3 e Tabella 4).

La stima dei costi sociali degli incidenti stradali per l'anno 2007 risulta pari a 30.386 milioni di euro, che rappresenta circa il 2% del PIL dello stesso anno.

Come base di calcolo per la quantificazione dei morti, dei feriti e degli

incidenti con lesioni alla persona sono stati considerati i dati della rilevazione Istat "Incidenti Stradali" e i dati Ania per gli incidenti con soli danni alle cose.

Le categorie in cui sono stati suddivisi i costi che direttamente o indirettamente derivano dall'incidente sono:

- perdita della capacità produttiva;
- costi umani;
- costi sanitari;
- danni materiali ed altri costi.

I costi umani sono definiti come "quella parte di danno non patrimo-

Tabella 3 – Costi umani degli incidenti stradali (in milioni di euro) - Anno 2007

Capitoli di spesa	Valori assoluti
Mancata produzione presente e futura:	10.327
- delle persone decedute	4.243
- degli infortunati:	6.084
- di cui per inabilità permanente	3.735
- di cui per inabilità temporanea	2.349
Valutazioni delle voci di danno alla persona:	4.639
- danno morale ai superstiti delle persone decedute	2.798
- danno biologico:	1.841
- di cui per invalidità gravi	891
- di cui per invalidità lievi	950
Costi sanitari ed assimilabili	653
Totale	15.619

Fonte: Dati ACI 2008.

Tabella 4 – Costi materiali degli incidenti stradali (in milioni di euro) - Anno 2007

Capitoli di spesa	Valori assoluti
Mancata produzione presente e futura:	10.327
- delle persone decedute	4.243
Danni materiali	9.514
Costi amministrativi:	5.146
- Spese per assicurazione Rea	3.344
- Spese per rilievo incidenti stradali:	1.802
- di cui della Polizia stradale	580
- di cui dei Carabinieri	580
- di cui della Polizia municipale	564
- di cui dei Vigili del fuoco	80
Costi giudiziari	105
Totale	14.767

Fonte: Dati ACI 2008.

niale che sostanzialmente si configura con la perdita dell'integrità psicofisica della persona e/o dei congiunti".

Questa spesa è stata suddivisa in danno morale e danno biologico per distinguere il caso in cui sia avvenuto un decesso da quello in cui la persona abbia riportato una invalidità.

I costi sanitari comprendono le spese delle ambulanze, del pronto soccorso e dei ricoveri nei reparti.

I costi materiali comprendono, invece, danni materiali, costi amministrativi comprensivi dei costi di gestione delle assicurazioni e dei costi inerenti gli interventi delle autorità pubbliche (Polizia Stradale, Polizia Municipale, Carabinieri, Vigili del Fuoco).

Tra i costi giudiziari sono incluse tutte le spese sostenute dall'Amministrazione giudiziaria per il contenzioso da responsabilità civile automobilistica.

Il costo sociale medio per ogni deceduto risulta pari a 1.372.832 euro, laddove il costo medio per la persona ferita è pari a 26.316 euro.

3.2.5 Indicazioni per la programmazione

Nell'ottobre del 2005, il Segretario Generale delle Nazioni Unite, Kofi Annan, in occasione dell'istituzione della «Prima settimana mondiale della Sicurezza stradale» (che si sarebbe poi svolta il 29 aprile 2007), aveva già sottolineato l'importanza di affrontare il tema della prevenzione degli incidenti stradali in maniera non settoriale.

Gli incidenti stradali, con le connesse pesanti conseguenze sia in termini di morti sia in termini di feriti, possono e devono essere prevenuti. Questo in relazione al fatto che colpiscono in particolare i più giovani, che sono così destinati a dover pagare un maggiore tributo in termini di disabilità e a costituire un peso oneroso per le proprie famiglie e per la società per lunghi periodi di tempo.

Il tema della sicurezza stradale va affrontato necessariamente con un approccio multisettoriale, che:

- deve coinvolgere da un punto di vista istituzionale, oltre ai numerosi dicasteri (Ministero dei Trasporti, della Salute, dell'Interno, della Istruzione), anche numerosi altri soggetti, quali istituzioni regionali provinciali e comunali;
- deve individuare, in base ai dati presenti nella letteratura internazionale di Evidence Based Prevention, i punti cruciali da tener presente per incidere efficacemente nel ridurre il fenomeno degli incidenti stradali e le relative conseguenze (in particolare: velocità elevata, uso di alcool e droghe, costante e corretto uso di sistemi di ritenuta);
- deve opportunamente informare, per una corretta percezione dei rischi, la popolazione degli effetti sulla guida legati al consumo di alcool, e rendere consapevoli che l'incremento della velocità corrisponde ad un incremento del livello di rischio;
- deve sensibilizzare i genitori all'utilizzo dei dispositivi di ritenuta per se stessi e per i propri figli di qualsiasi età, per minimizzare le conseguenze in caso di incidente;
- deve consentire attraverso l'educazione stradale nelle scuole la crescita generalizzata di una cultura della sicurezza nella popolazione, in particolare giovanile.

Oltre ad attività di tipo preventivo, educativo ed informativo, sono necessari anche il miglioramento delle infrastrutture e controlli frequenti da parte delle forze dell'ordine, a fini preventivi, dissuasivi e non meramente sanzionatori.

Da qui l'importanza di un approccio integrato al tema della sicurezza nella circolazione stradale, che integri la previsione di iniziative di istruzione, formazione, informazione e prevenzione con misure dissuasive efficaci sul piano legislativo.

I primi interventi organici per contrastare il fenomeno degli incidenti stradali risalgono agli anni novanta. Con la Legge 144/99 venne istituito il primo importante strumento di pianificazione e programmazione generale del settore rappresentato dal Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale, che ha orientato l'azione in materia di gestione della sicurezza stradale nel nostro Paese su tre direttrici fondamentali:

- I) coinvolgimento nel concordare e condividere gli interventi in questa materia di tutti i livelli politici di governo, sia Centrali che Regionali, Provinciali e comunali;
- II) rafforzamento delle strutture tecniche, delle competenze, delle professionalità, delle strumentazioni e delle risorse finanziarie dedicate per creare sinergie di sistema;
- III) realizzazione di interventi tempestivi di tipo legislativo per incidere e scoraggiare comportamenti identificati come particolarmente rischiosi per la sicurezza della circolazione.

Più recentemente la materia è stata affrontata – per ciò che concerne le attività proprie del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005/2008. Nell'Accordo Stato-Regioni, di recepimento del PNP, largo spazio è stato dato alla prevenzione degli incidenti stradali, e in particolare al Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali (CCM) è stato affidato il compito di sostenere le Regioni nella realizzazione degli obiettivi fissati, oltre che di verificarne e certificarne il raggiungimento. Il CCM, nello stabilire le linee operative per la pianificazione regionale, ha identificato due condizioni fondamentali da rispettare nell'individuazione degli interventi di prevenzione da programmare:

- a) la creazione o il consolidamento da parte delle regioni di un siste-

ma di sorveglianza per la costruzione di una rete nazionale che integri il sistema esistente ACI-Istat al fine di:

- incrementare i flussi informativi per migliorare le conoscenze su modalità e cause di accadimento degli incidenti;
 - rendere i flussi informativi compatibili con l'esigenza di adozione tempestiva di efficaci misure di prevenzione, al fine di sopprimere ai fisiologici slittamenti temporali con cui vengono ufficializzati (a distanza di un anno) i dati ACI-Istat;
 - ovviare alla incompletezza delle informazioni, non opportunamente tarate sulle esigenze di conoscenze utili a progettare interventi di prevenzione basati su prove di efficacia riconosciuta;
 - approfondire la conoscenza dei molti fattori che potrebbero assumere importanza ai fini della prevenzione, non solo primaria ma anche secondaria e terziaria, peraltro avuto conto che anche il Libro verde "*La vita buona nella società attiva*" segnala la diseconomicità di sanitarizzare problemi che sanitari non sono.
- b) La necessità di migliorare il livello di integrazione e sinergia degli interventi tra tutti i soggetti interessati: sanità, trasporti, scuola, forze dell'ordine, enti locali, ecc. per realizzare obiettivi di provata efficacia preventiva, quali progetti integrati di intensificazione dei controlli sull'uso dei dispositivi di sicurezza, per scoraggiare la guida in stato di ebbrezza alcolica, la realizzazione di iniziative di informazione/educazione per una maggiore consapevolezza dei rischi e per una crescita della cultura della sicurezza, il miglioramento nell'accertamento del possesso dei requisiti di idoneità.
- In considerazione di quanto rilevabile dai dati, che dimostrano chiaramente che il maggior peso nel causare

gli incidenti deriva sostanzialmente dai comportamenti incongrui e pericolosi degli utenti della strada, occorrerà in tal senso approfondire ulteriormente le conoscenze sulle motivazioni e cause che li determinano, al fine di individuare e attuare le più opportune strategie di prevenzione e di verificarne l'efficacia sul piano pratico attraverso un opportuno monitoraggio.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali è certamente a disposizione in questo cammino e può fin d'ora assumere l'impegno di condividere con le Regioni l'opportunità che - nella fissazione dei nuovi obiettivi per il nuovo PNP 2009/2011 - venga previsto il consolidamento e il rilancio

degli interventi realizzati nell'attuale PNP, utili a influire positivamente sui comportamenti personali e collettivi, favorendo l'adozione di corretti stili di vita e di guida.

Infatti, solo attraverso una maggiore coscienza e sensibilità collettiva si potranno creare le condizioni per una consistente riduzione della mortalità e disabilità per incidenti, agendo attraverso la modifica dei comportamenti pericolosi, inscindibilmente connessa all'adozione di sani stili di vita.

Bibliografia essenziale

- ACI. I costi sociali degli incidenti stradali, anno 2007.
INAIL. Dati INAIL. Rapporto giugno 2008.
Istat. Incidenti Stradali - Anno 2007, novembre 2008.

3.3 Incidenti domestici

3.3.1 Introduzione

Secondo i dati dell'ultima rilevazione Istat disponibile - l'indagine multi-scopo "Aspetti della vita quotidiana" del 2006 - gli incidenti in ambiente domestico (la collettività di riferimento è quella dell'intera popolazione italiana di 59 milioni di residenti) hanno coinvolto circa 3,2 milioni di persone, per un complesso di 3,7 milioni di casi. Oltre il 60% di questi hanno riguardato donne. Il trend di questo andamento è confermato dall'ISPESL per gli anni 2007 e 2008, come descritto in Tabella 1 e visualizzato nella Figura 1, relativi all'andamento storico degli incidenti in ambiente domestico.

L'analisi dei dati registrati in una casistica più vasta, di 66.038 infortuni osservati nelle reti di sorveglianza ospedaliera SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione), afferente all'Istituto Superiore di Sanità, ed IDB (EU Injury Database), riferibili

nell'insieme al 3,4% della popolazione italiana, fanno stimare a livello nazionale gli arrivi in pronto soccorso per incidente domestico in 1.700.000 persone all'anno. L'analisi dei codici di gravità di accesso al pronto soccorso dimostra che si tratta di infortuni non gravi (codice bianco o verde) nell'85% dei casi, che i bambini in età prescolare e gli anziani ultraottantenni rappresentano rispettivamente oltre il 20% e il 30% dei codici gialli, e che i bambini sotto i cinque anni costituiscono oltre un quinto di tutta la casistica legata al codice rosso. Le cause più frequenti che richiedono un intervento di pronto soccorso sono le cadute. Le fratture sono le cause più frequenti di incidenti domestici mortali. Tali ultimi dati concordano con l'andamento del fenomeno registrato dal sistema di monitoraggio SINIACA.

Le fasce di popolazione più a rischio sono i bambini al di sotto dei sei anni e gli anziani, e gli infortuni a danno degli ultra 65enni rappresentano un terzo del totale.

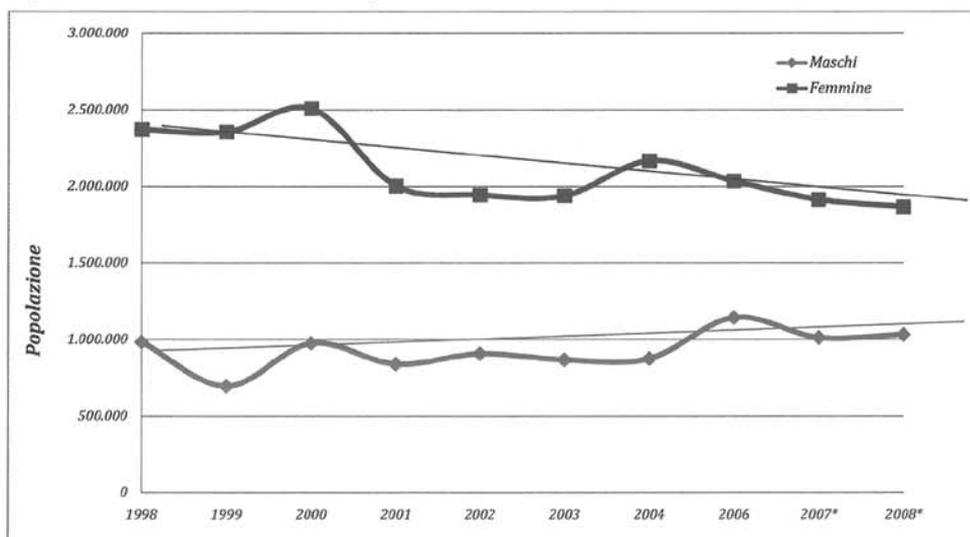
Tabella 1 – Andamento storico degli incidenti in ambiente domestico tratto dall'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" del 2006

	Anno	Maschi	Femmine	Totale	M*__Teorica	F*__Teorica
Popolazione	1998	984.000	2.372.000	3.356.000	838.594,59	2.345.459,46
	1999	696.000	2.356.000	3.052.000	858.036,04	2.297.603,60
	2000	976.000	2.508.000	3.484.000	877.477,48	2.249.747,75
	2001	840.000	2.004.000	2.844.000	896.918,92	2.201.891,89
	2002	908.000	1.944.000	2.852.000	916.360,36	2.154.036,04
	2003	868.000	1.940.000	2.808.000	935.801,80	2.106.180,18
	2004	876.000	2.168.000	3.044.000	974.684,68	2.010.468,47
	2006	1.144.000	2.036.000	3.180.000	994.126,13	1.962.612,61
	2007*	1.013.568	1.914.757	2.928.325	1.013.567,57	1.914.756,76
	2008*	1.033.009	1.866.901	2.899.910	1.033.009,01	1.866.900,90

* Valori stimati.

FONTE: Elaborazione del Dipartimento di Medicina del Lavoro dell'ISPeSL su dati Istat.

Figura 1 – Andamento storico degli incidenti in ambiente domestico



* Valori stimati.

FONTE: Elaborazione del Dipartimento di Medicina del Lavoro dell'ISPeSL su dati Istat.

3.3.2 Risposte del Sistema Sanitario Nazionale

Dal 2005, a seguito dell'attuazione a livello regionale del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva, che interessa, tra gli altri, la prevenzione degli incidenti domestici, è stato avviato un processo di potenziamento ed integrazione dei sistemi di rilevazione e monitoraggio degli incidenti domestici presenti sul territorio nazionale, associato alla individuazione e applicazione di metodi e misure di prevenzione scientificamente efficaci. Le risorse sono state finora assorbite dai processi dedicati alla formazione di operatori sanitari e sociali, con l'obiettivo di sensibilizzare alcune professionalità al fenomeno e sostenere la creazione di alleanze tra professionisti, per estendere e diffondere su tutto il territorio le strategie di prevenzione individuate. L'impatto degli incidenti domestici sui servizi sanitari è perciò crescente, ed è dovuto-

zione e applicazione di metodi e misure di prevenzione scientificamente efficaci. Le risorse sono state finora assorbite dai processi dedicati alla formazione di operatori sanitari e sociali, con l'obiettivo di sensibilizzare alcune professionalità al fenomeno e sostenere la creazione di alleanze tra professionisti, per estendere e diffondere su tutto il territorio le strategie di prevenzione individuate. L'impatto degli incidenti domestici sui servizi sanitari è perciò crescente, ed è dovuto-

to verosimilmente più ad un miglioramento della registrazione degli eventi e all'effetto degli interventi di formazione e di aggiornamento che sono stati messi in atto, che ad un aumento reale.

Lo stato di salute generale e lo stato dell'abitazione sono risultati i maggiori determinanti degli incidenti domestici negli anziani, tuttavia la rilevazione, diretta o indiretta, delle caratteristiche strutturali e impiantistiche delle abitazioni, in associazione a campagne informative e fornitura di dispositivi a basso costo, sono in fase di sviluppo. Altri fattori di rischio sono l'inattività e l'atteggiamento psicologico negativo; tuttavia la letteratura indica per gli anziani ulteriori interventi corredati di evidenza di efficacia implementabili negli ambienti di vita, personali e collettivi.

Le attività di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini sono consistite in una generale diffusione di campagne informative, con la redazione e distribuzione di opuscoli informativi nelle più svariate sedi, nell'organizzazione di eventi per sensibilizzare genitori, educatori e medici.

D'altra parte i contenuti della raccomandazione del Consiglio Europeo del 2007 riconoscono l'evitabilità del fenomeno.

Rispetto a molte altre cause di malattia o decesso prematuro, si possono prevenire gli infortuni rendendo più sicuri l'ambiente in cui si vive, i prodotti e i servizi che si usano. È provato che le misure preventive, che non sono però ancora applicate all'interno della Comunità in modo abbastanza ampio, possono dimostrarsi efficaci. La maggior parte di tali misure si è rivelata efficace in termini di costo, in quanto i costi degli interventi sono spesso cinque volte più importanti di quelli legati alla prevenzione per i sistemi sanitari.

L'indicazione infine, da parte della Comunità Europea, di alcune linee di prioritario intervento per l'ulteriore

salto di qualità della sanità pubblica, offre l'opportunità di rideterminare la rotta delle attività di prevenzione degli incidenti in ambienti domestici già in campo, indirizzandole a particolari gruppi di ambienti di vita e a gruppi di popolazione attualmente più vulnerabili. In particolare occorre:

- 1) ottimizzare l'uso dei dati esistenti, e sviluppare, se del caso, strumenti rappresentativi di sorveglianza e notifica degli infortuni, per ottenere informazioni comparabili; seguire l'evoluzione dei rischi d'infortunio e gli effetti delle misure preventive nel corso del tempo e valutare le necessità di introdurre iniziative ulteriori sulla sicurezza dei prodotti e dei servizi e in altri settori;
- 2) creare piani d'azione nazionali o misure equivalenti, inclusa la promozione della sensibilizzazione del pubblico sui problemi della sicurezza, per prevenire gli infortuni e le lesioni. Nella relativa attuazione si dovrebbero dedicare particolare attenzioni agli aspetti di genere e ai gruppi vulnerabili come bambini, anziani, persone con disabilità, e alle lesioni sportive e da tempo libero, agli infortuni causati da prodotti e servizi, alla violenza e alle autolesioni;
- 3) incoraggiare l'introduzione della prevenzione degli infortuni e della promozione della sicurezza nelle scuole, nella formazione del personale sanitario e di altre categorie professionali, di modo che tali gruppi possano operare e consigliare in modo competente nel settore della prevenzione degli infortuni.

Bibliografia essenziale

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons: Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. JAGS May 2001-Vol. 49, N. 5, pp. 664-672.