

B1/7/DML/05

**Gli infortuni domestici mortali: rilevazione
casistica e studio della lesività anche in relazione
alla attività lavorativa svolta**

**Autori: Cecchi Rossana, Ciallella Costantino, Caruso Simona,
Valente Stefano, Boccardelli Giulia, D'Annibale Colomba**

Ricerca cofinanziata da:



Dipartimento di Medicina del Lavoro

INDICE

Introduzione	pag. 2
Obiettivi della ricerca	pag. 41
Materiale e metodi	pag. 44
Risultati	pag. 47
Schede necroscopiche	pag. 53
Sintesi delle schede necroscopiche	pag. 170
Considerazioni conclusive	pag. 174
Appendice	pag. 180

INTRODUZIONE

Il problema degli infortuni domestici ha assunto negli ultimi anni una rilevanza sempre maggiore essendo aumentati in modo esponenziale rispetto al passato i casi riconosciuti come tali. E' probabile che anche in passato il fenomeno avesse una certa importanza, ma soltanto nell'ultimo decennio si è resa palese la necessità di un suo inquadramento più realistico in quanto i costi a livello sociale hanno acquisito un peso tangibile. Infatti, le loro conseguenze sono, molto spesso, traumi di una certa gravità che comportano, per i soggetti infortunati, invalidità temporanee o permanenti e, in molti casi, persino la morte.

Si tratta di un fenomeno difficilmente individuabile nella sua concretezza reale in quanto presenta molte difficoltà di visualizzazione dei casi. Molti casi rimangono relegati all'interno dell'ambiente domestico in quanto vengono osservati dal medico curante, e solo quelli più gravi che giungono all'attenzione dei pronto soccorsi possono essere, seppur con molta difficoltà, rilevati e valutati.

Gli incidenti domestici rappresentano, quindi, un rilevante problema di sanità pubblica e diversi Paesi europei ed extraeuropei hanno avviato da alcuni anni politiche di sicurezza e prevenzione in proposito.

La Comunità europea ha avviato un programma per il monitoraggio di questi eventi, attraverso la sorveglianza degli incidenti registrati nelle strutture di emergenza (Elhass)¹, a cui è seguita la costituzione di una banca dati europea integrata nella rete telematica Euphin. Secondo i dati raccolti dall'Elhass, tra il 1998 e il 2000 in Europa quasi 20 milioni di persone (il 7% dei residenti) sono state vittime di incidenti domestici, con oltre 5 milioni di ricoverati e 56 mila morti.

In Italia, la rete di sorveglianza europea è stata integrata dall'Istituto superiore di sanità nel Sistema informativo nazionale sugli incidenti domestici. Secondo i dati dell'indagine multiscopo Istat, nel 2001 sono state 2.848.000 in Italia le persone vittime di incidenti domestici. Secondo i dati del Siniaca, nel 2004 almeno 1.300.000 persone (2% dei residenti) sono andati in pronto soccorso a causa di un incidente domestico: di questi, 130.000 sono stati ricoverati, per un costo totale di ricovero ospedaliero di 400 milioni di euro all'anno.

Ogni anno nel nostro paese si verificano circa tre milioni di infortuni domestici con 8400 morti (oltre sei volte superiore al numero degli infortuni mortali sul lavoro) e 300.000 ricoveri ospedalieri.

Questi sono i dati, estremamente preoccupanti, che caratterizzano questo fenomeno.

¹ www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici/incidenti_domestici.jsp

Questa situazione fa emergere con chiarezza la necessità di considerare l'ambiente domestico come un luogo potenzialmente ricco di rischi per la salute e la sicurezza di coloro che ci vivono e ci lavorano, anche se l'approccio prevalente porta a considerare la casa come un luogo intrinsecamente sicuro frutto della conoscenza che si ha dello stesso; ciò però comporta l'abbassamento della soglia d'attenzione nei confronti dei potenziali pericoli presenti esponendo, così, al rischio d'infortunio.

La percezione della rilevanza del fenomeno ha indotto l'OMS a prefiggersi per il 2000 l'importante obiettivo della riduzione del 25% degli incidenti domestici. Le indicazioni fornite dai dati emersi sinora dalle indagini dell'OMS dimostrano che nei Paesi Occidentali gli infortuni domestici rappresentano la prima causa di morte per i bambini e il 20% dei ricoveri in età pediatrica; l'età più a rischio è quella tra i due e i quattro anni. Le cause sono per lo più banali e dovute spesso a distrazioni da parte degli adulti quali fornelli accesi incustoditi, finestre aperte in assenza di adulti, liquidi tossici riposti in scaffali bassi, oppure da rischi insiti nella struttura dei mobili e della casa, come spigoli di tavoli non protetti, scale con corrimani non a norma, balconi e terrazzi con ringhiere a rischio di scavalco o con spazi tra le inferriate troppo larghi, prese elettriche non protette.

La casa e i comportamenti dei genitori possono quindi aumentare l'esposizione al rischio, infatti è dimostrato che circa

la metà degli infortuni domestici, che coinvolgono i bambini, si verificano in presenza di adulti.

Con la Decisione n.372/1999/CE del Parlamento e del Consiglio Europeo² è stato adottato un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro di azione nel settore della sanità pubblica; in Italia, la Legge 493/1999 “Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell’assicurazione contro gli infortuni domestici”, ha attribuito ai dipartimenti di Prevenzione, in collaborazione con i servizi territoriali, i compiti di valutazione e prevenzione dei rischi e di educazione sanitaria in materia di incidenti domestici e ha stabilito che i dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e le Regioni debbano attivare un sistema informativo sui dati relativi a questo tipo di infortuni ai fini di una corretta rilevazione del problema.

In particolare, la legge 493/99 ha istituito, presso l’Istituto Superiore di Sanità, un Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA)³. Dai primi dati ottenuti si evince che in Italia ogni anno sono almeno

² www.guritel.it: Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'8 febbraio 1999, che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003) - Pubblicato nel n. 46 del 20 febbraio 1999

³ A. Pitidis et al.: La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. Versione italiana documento ISS , 05/AMPP/AC/624 novembre 2005.

1.300.000 gli arrivi al pronto soccorso, 130.000 i ricoveri ospedalieri e 4.500 i decessi per incidente domestico.

Certamente il legislatore ha voluto avviare un *sistema informativo* che consenta di monitorare un fenomeno di difficile individuazione, come l'incidente domestico, nonché la sua evoluzione nel tempo. Il SINIACA agisce attraverso la monitorizzazione di oltre 60 sedi ospedaliere, consentendo in tal modo di integrare le informazioni ottenibili da apposita sorveglianza di pronto soccorso ospedaliero, appunto su vasto campione, con quelle desumibili dalle statistiche correnti di mortalità e di ricovero ospedaliero.

Tale metodologia appare adeguata per l'acquisizione della necessaria evidenza epidemiologica indispensabile per orientare gli interventi preventivi su precisi obiettivi di salute della popolazione e per valutarne l'efficacia. Si rende così possibile caratterizzare gli eventi secondo una matrice frequenza- gravità idonea ad evidenziare fenomeni più diffusi e gravi – come la caduta dell'anziano, legata al progressivo invecchiamento della popolazione – e tipologie di eventi non frequenti, ma particolarmente gravi e socialmente rilevanti quali, ad esempio il rischio di soffocamento o ustione del bambino in età prescolare.

Il sistema ha già permesso di individuare le modalità di incidente di maggior importanza e i gruppi a rischio nella popolazione, quali le cosiddette fasce deboli: bambini in età pre-scolare ed anziani.

Secondo i dati SINIACA le lesioni più frequenti sono rappresentate dalle cadute, che rappresentano circa il 50% degli arrivi in pronto soccorso. Superfici mobili ed oggetti di vario tipo in casa possono costituire un elemento di rischio, specialmente per bambini ed anziani. Altre lesioni potenzialmente gravi sono le ingestioni di corpo estraneo o il soffocamento, le ferite penetranti da oggetti appuntiti o taglienti e le ustioni da liquidi bollenti o da oggetti roventi che mostrano, ciascuna, valori attorno al 3-4% della casistica complessiva. Gli avvelenamenti e le intossicazioni contribuiscono per l'1,5%. Detergenti e disinfettanti (candeggina, acido muriatico, ammoniaca etc.), insetticidi ed altri prodotti di largo impiego domestico oltre ad essere ingeriti accidentalmente, possono liberare nell'aria sostanze volatili pericolose per chi le utilizza. Anche il loro contatto con cute e mucose può produrre effetti pericolosi, come irritazioni, sensibilizzazioni, allergie. In particolare, tra le cause delle cadute in casa, oltre che, in generale molti lavori domestici, ci sono scale, pavimenti lisci, bagnati o sconnessi, oppure fili elettrici o prolunghe che fanno inciampare, tappetini per il bagno e ostacoli vari, sporgenze e spigoli vivi, come i piedini o i basamenti dei mobili, specialmente se in presenza di illuminazione insufficiente. Occorre anche considerare l'assunzione di farmaci che abbassano la soglia di attenzione e danno sonnolenza ma anche disturbi motori e alterazione della vista. Oltre i danni fisici veri e propri ci sono risvolti psicologici

che non devono essere trascurati, perché la paura di cadere di nuovo genera ansia e scatena stati depressivi, specie negli anziani.

Fonti di rischio di avvelenamento, intossicazione e ustione sono soprattutto le sostanze chimiche contenute nei prodotti per la pulizia della casa, detersivi, disincrostanti, deodoranti, ecc. altamente nocivi se a contatto con la cute o con gli occhi. Hanno tossicità alta gli antitarne (naftalina, canfora), candeggianti (perborato di sodio o ipoclorito di sodio), detersivi per il wc (benzalconiocloruro, acido fosforico e tensioattivi), detersivi per lavastoviglie (soda caustica, sali di cloro e tensioattivi), anticalcare (acido cloridrico o solforico o fosforico o formico), disgorganti per lavandini e wc (soda caustica o acido fosforico), prodotti per pulire il forno (soda caustica e butilglicole), smacchiatori (trielina, percloroetilene, acquaragia, acetone).

Fonti di rischio di folgorazione sono rappresentati dall'uso errato di apparecchi elettrici (phon, rasoi etc. in prossimità dell'acqua o con le mani bagnate), dal loro malfunzionamento, da impianti elettrici non a norma (è obbligatoria la "messa a terra"), dalla presenza di prese volanti multiple, che costituiscono un sovraccarico di corrente e rappresentano anche un fattore di rischio incendio potendo sviluppare scintille, fiammate, corto circuiti. Oltre gli impianti elettrici, possono innescare incendi fornelli, camini, sigarette accese e superfici surriscaldate. Fonti di rischio di piccoli infortuni (ferite da taglio, lesioni

corneali da corpo estraneo, amputazioni delle dita), sono rappresentate dai piccoli elettrodomestici e utensili maggiormente in uso in cucina; toccare pentole e padelle bollenti a mani nude, usare coltelli senza la dovuta cautela, lasciare oggetti taglienti fuori posto, inserire le dita in frullatori e tritacarni accesi, sono le situazioni di rischio più frequenti.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 ha introdotto l'interessante concetto di Evidence Based Prevention per la prima volta in un Piano sanitario nazionale.

Ricerche dell' ISTAT (indagine multiscopo)⁴; dell'ISPEL⁵ (indagine multicentrica su 9 Regioni), e diverse iniziative locali, come ad esempio la sorveglianza degli infortuni domestici nel Lazio, sono state realizzate per raccogliere informazioni utili all'individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica, al fine di mettere in atto politiche di prevenzione, educazione sanitaria e sicurezza. Esso ha tra gli obiettivi prioritari la *“prevenzione degli incidenti domestici”* ed in particolare *“ridurre l'incidenza di lesioni o invalidità dovute ad incidenti domestici*. Inoltre viene evidenziata l'importanza del *“...contributo della scuola, attivando anche interventi destinati alla prevenzione degli incidenti domestici*. Tali obiettivi, variamente articolati e contestualizzati si ritrovano nei piani sanitari regionali. Infine il Piano di prevenzione attiva (PPA) del

⁴ www.ISTAT.it

⁵ www.ISPEL.it/osservatorio

Ministero della salute indica, fra gli obiettivi prioritari per le Regioni, l'attuazione di piani regionali per la prevenzione di tali eventi.

Il continuo aumento delle tecnologie presenti in ambiente domestico comporta un maggior rischio di incidenti e, dai dati sinora disponibili, risulta una loro maggiore incidenza rispetto alle altre tipologie di incidenti-infortuni. La grande varietà di possibili fattori di rischio rende difficile individuare gli strumenti per poter arginare e prevenire questo fenomeno, ancora così poco valutato. Il fattore comportamentale è, pertanto, molto importante e la inadeguata percezione del rischio nella casa induce troppo spesso a distrazioni e superficialità che, insieme a scarsa conoscenza e inosservanza delle norme, aumentano l'esposizione al rischio.

Nel contempo, le conseguenze economiche comportano aggravii sempre più consistenti per il Servizio Sanitario Nazionale.

I soggetti che risultano maggiormente esposti agli infortuni domestici sono coloro che trascorrono molto del loro tempo tra le mura domestiche, come ad esempio gli anziani e i bambini.

Purtroppo i rischi domestici hanno scarso impatto nella percezione da parte degli individui e, di conseguenza, vi è una scarsa sensibilità da parte dei cittadini rispetto al fenomeno.

Risulta quindi molto importante una maggiore opera di informazione e formazione dei genitori e delle persone che a

vario titolo sono coinvolte nella sorveglianza dei bambini, sulle fonti dei pericoli e sulle cautele da adottare per la riduzione del rischio infortunio nella casa.

Mezzi di divulgazione sulla percezione del rischio e sulla prevenzione del fenomeno sono costituiti dalla collana dei Quaderni ISPESL (raccolta di Quaderni a cura del Dipartimento di Medicina del Lavoro in cui l'esposizione degli argomenti trattati è stata sviluppata in termini semplici allo scopo di informare sui potenziali rischi derivanti dall'utilizzo degli agenti materiali e dei luoghi considerati più a rischio negli ambienti di vita) e gli studi di diverse ASL (ROVIGO, IMOLA, TRIESTE) che hanno organizzato anche dei corsi per l'individuazione dei fattori di rischio nelle case.

Tali attività di prevenzione sono volte alla diffusione di informazioni relative ai fattori di rischio e alla proposta di accorgimenti o comportamenti da adottare, attraverso la distribuzione di volantini ed opuscoli, volte cioè ad una educazione sanitaria sulle tematiche della salute e della sicurezza in casa.

In questo processo dinamico sulla consapevolezza dei rischi presenti nelle abitazioni, il Dipartimento di Prevenzione (DP) assume un ruolo importante nella definizione del profilo epidemiologico, nella scelta delle priorità, e nell'individuazione-progettazione ed esecuzione di progetti specifici di prevenzione, considerando che l'epidemiologia costituisce e rappresenta insieme alla comunicazione e alla qualità, non solo

l'elemento più dinamico e utile all'aggiornamento dei Servizi ma anche un ponte tra la prevenzione e l'assistenza sanitaria.

Per poter promuovere l'acquisizione di comportamenti cosiddetti "sicuri", a Roma, il DP della ASL RME ha svolto un'indagine sul vissuto personale di una parte della popolazione afferente ai servizi territoriali della ASL RM/E, in merito agli incidenti domestici valutandone la relativa percezione del rischio.

Lo studio si è svolto attraverso la somministrazione nel corso della seconda seduta di vaccinazione dei bambini di età 0-3 anni, di un questionario in linea con altri precedentemente approvati e distribuiti da alcuni DP delle ASL in Piemonte. Al questionario si accompagnava un opuscolo informativo basato sulla semplicità del messaggio scritto (per favorirne la comprensione), l'utilizzo dei disegni a fumetti, più efficace nella comunicazione, e l'uso di colori vivaci per attirare l'attenzione.

I risultati dimostrano che il 92% delle persone ritengono la casa un luogo a rischio di incidente domestico, e tuttavia circa il 20% di esse non ha adottato alcun provvedimento per prevenire incidenti relativi alla presenza del balcone, pur considerandolo come uno tra gli spazi più pericolosi della casa.

Lo studio effettuato ha evidenziato che la percezione del rischio I.D. nel gruppo intervistato non corrisponde ad una corretta conoscenza dei pericoli che sono presenti nelle case. Se da una parte vengono sopravvalutati quasi tutti gli ambienti a rischio, soprattutto il bagno, dall'altra non vengono adottate le

opportune cautele per ridurre la relativa esposizione. Per questo sembra auspicabile che gli interventi di prevenzione siano integrati da interventi sociali, specialmente nel primo anno di vita del bambino e che l'azione dei SISP per l'informazione-formazione sui rischi presenti nelle case, volta anche a correggere la falsa percezione del rischio, come rilevato nelle persone intervistate, sia associata a politiche sociali attivate in aiuto della popolazione adulta. Spesso l'insicurezza e l'inadeguatezza che avvertono le persone, causata dal calo di attenzione dovuto a stanchezza e stress accumulati, li induce a sentirsi non in grado di rilevare e controllare i rischi ai quali sono esposti i bambini. D'altra parte è necessario introdurre il concetto del "quanto è sicuro abbastanza" ovvero, stante la personale percezione del rischio, quando un adulto può dire di essere al sicuro dall'infortunio domestico del bambino?

Ci si chiede allora quando l'infortunio ha nella sua definizione la caratteristica di un evento non prevedibile ed accidentale, che non rientra nelle normali attività di routine.

Gli interventi per la prevenzione degli incidenti domestici nei bambini sono sostanzialmente riconducibili a tre categorie:

- incentivazione di interventi strutturali per la sicurezza delle abitazioni e dotazione di dispositivi idonei ad aumentare il livello di sicurezza;
- campagne di informazione e di sensibilizzazione alla sicurezza domestica;

- interventi formativi rivolti ai genitori sulla prevenzione degli incidenti domestici e sulla gestione delle emergenze in seguito ad incidente.

Ciascun intervento può essere rivolto alla prevenzione degli I.D. in generale oppure mirato ad alcuni aspetti particolari come ad esempio la riduzione degli avvelenamenti e delle ustioni che coinvolgono maggiormente i bambini.

Per quanto riguarda gli interventi di carattere formativo-informativo questi si riferiscono soprattutto all'attività di counselling del medico di famiglia o di altro personale sanitario. Le informazioni sulla prevenzione degli infortuni da fornire in funzione dell'età, in particolare per i bambini dovrebbero rivolgersi alla custodia di oggetti pericolosi come accendini, fiammiferi, farmaci e altri prodotti chimici in luoghi appropriati e sicuri, la regolazione della temperatura dell'acqua, l'installazione di protezioni a finestre e scale, scoraggiare l'uso del girello ecc... Viene inoltre consigliato di fornire nozioni di base sull'esecuzione di piccoli interventi di primo soccorso, soprattutto in caso di avvelenamento. Anche se esistono solo deboli evidenze a favore di interventi di carattere prettamente informativo-formativo (il counselling, l'educazione sanitaria, ecc.), si ritiene necessario aumentare il livello di conoscenza sui rischi e di modificare comportamenti e attitudini relative alla sicurezza nei luoghi di vita. Considerata la poca disponibilità ad effettuare un sopralluogo nelle abitazioni, emersa dallo studio, sembra utile associare gli interventi con campagne informative

che prevedano, attraverso gli incontri nei centri vaccinali e/o nei consultori, anche la partecipazione diretta delle persone nella formulazione dei programmi di intervento. Così come non si danno protezioni totali, è anche dubbio che la corsa alla protezione a tutti i costi faccia bene ai bambini che, se vengono ossessivamente protetti, non sono destinati a crescere serenamente. La protezione del bambino si organizza attorno ai pericoli e non attorno alla sicurezza, il rischio esiste e fa parte della vita, la nostra specie è esposta ai pericoli e di conseguenza la nostra sopravvivenza dipende dalla capacità di proteggerci dal pericolo. Se non lo affrontiamo, non lo conosciamo e quindi non saremo in grado di evitarlo o di superarlo. Il principale compito degli adulti è quello di vigilare senza ossessionare e di fornire gli strumenti per affrontare i pericoli, approfittando anche dei piccoli incidenti per insegnare ai bambini a crescere in modo autonomo.

Dallo studio effettuato è, pertanto, emerso che pur essendo presente nel gruppo selezionato un'alta percezione del rischio incidente-infortunio in casa, questa non è adeguata alla reale entità del fenomeno.

Ciò dimostra che gli interventi di prevenzione degli incidenti domestici, specialmente nel primo anno di vita, devono essere integrati da quelli sociali: all'azione di una corretta informazione e formazione sui rischi presenti nelle abitazioni, finalizzata a correggere la falsa percezione del rischio, come nel gruppo esaminato, si devono associare politiche sociali volte ad un

aiuto alla popolazione coinvolta nella sorveglianza dei bambini (genitori, nonni, zii, amici, ecc). Questa parte di popolazione, a causa del calo di attenzione dovuto a stanchezza e stress accumulati, spesso si sente inadeguata e insicura, non in grado di rilevare e controllare i rischi ai quali sono esposti i bambini e loro stessi.

Secondo la definizione data dall'Istituto nazionale di statistica nelle indagini multiscopo (ISTAT 1999), l'infortunio di tipo domestico è un incidente che presenta determinate caratteristiche:

- l'evento comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo;
- l'evento è accidentale, si verifica cioè indipendentemente dalla volontà umana;
- l'evento si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento vero e proprio e di eventuali estensioni esterne (balconi, giardino, garage, cantina, scala, ecc). Non è rilevante il fatto che l'abitazione sia di proprietà della famiglia stessa o appartenga ad altri.

Come già rilevato, questi infortuni non sono facilmente stimabili da un punto di vista statistico, tuttavia risultano rilevanti a livello sia sanitario che economico.

Le conseguenze di salute, infatti, sono traumi di diversa gravità che possono comportare invalidità e, in molti casi, anche la morte.

Le conseguenze economiche provocano oneri sempre più gravi per il Servizio Sanitario Nazionale. I dati di morbosità sono di difficile rilevazione in quanto questi tipi d'infortuni vengono denunciati solo quando comportano lesioni che richiedono l'ospedalizzazione, quindi sfuggono le lesioni di lieve e media entità.

A livello nazionale si evidenzia una falda di microincidentalità domestica del tutto sommersa che, nel 2003, ha coinvolto il 27% degli italiani (fonte CENSIS)⁶.

I dati nazionali relativi al fenomeno infortunistico in Italia evidenziano un incremento di tali eventi, sia nel numero di infortuni che nelle persone coinvolte.

Tabella 1. Infortuni domestici per classi di età 0-5 e 6-14 anni

Anno	Età 0-5 anni			Età 6-14 anni		
	Maschi	Femmine	Totali	Maschi	Femmine	Totali
1997	164.00	100.000	264.000	156.000	52.000	208.000
	0					
1998	160.00	92.000	252.000	100.000	76.000	176.000
	0					

⁶ www.CENSIS.it

1999	122.000	90.000	212.000	92.000	58.000	150.000
	0					
2000	156.000	140.000	296.000	112.000	76.000	188.000
	0					

**Fonte dati Istat Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"(2001) .*

L'aumento degli eventi rilevato tra il 1999 e il 2000, potrebbe essere imputato alla maggiore attenzione posta in quegli anni alla sorveglianza e registrazione degli I.D. conseguente alla applicazione della normativa comunitaria e nazionale. L'OMS ha individuato l'obiettivo di riduzione del 25% dei casi fatali, e la problematica degli infortuni domestici è stata inserita nel programma "La salute per tutti nel 2000".

In Italia sono state realizzate diverse iniziative⁷ a carattere Istituzionale dall'ISTAT (Indagine multiscopo) e dall'ISPESL (Indagine multicentrica su nove regioni italiane) e iniziative locali (sorveglianza degli infortuni domestici nel Lazio ad esempio) volte a raccogliere informazioni per la individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica al fine di mettere in atto politiche di prevenzione, educazione sanitaria e sicurezza.

I bambini rappresentano una fascia di popolazione ad alto rischio (alta incidenza di eventi e alto tasso di ospedalizzazione), particolarmente quelli di età compresa tra 0

⁷ www.ministerosalute.it/incidentiDomestici/documenti/LineeOperativeIncidenti.pdf

e 4 anni (16.7 per mille bambini) per i quali gli infortuni domestici rappresentano la prima causa di morte.

Inoltre le contusioni, le ustioni e gli avvelenamenti rappresentano le lesioni più frequentemente riscontrabili come esito dell'infortunio. Da una sperimentazione realizzata in circa 20 strutture dell'emergenza della Regione (P.S. e DEA di I e II liv.) è emerso che la cucina è il luogo dove avvengono più del 10% di eventi, e che le cadute e gli urti rappresentano circa $\frac{1}{4}$ delle modalità attraverso cui i bambini si infortunano in casa.

Secondo l'indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana Anno 2005", nella sezione relativa agli incidenti in ambito domestico:

- le donne sono coinvolte in oltre il 70% di tutti gli incidenti, con un quoziente di infortuni del 18,2 per mille (gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 7,7 per mille);
- nei giovani fino a 14 anni la prevalenza di infortuni è maggiore tra i maschi, mentre al crescere dell'età sono le femmine a risultare più coinvolte in incidenti domestici;
- i bambini più piccoli sono una categoria ad alto rischio (il 13,5 per mille degli incidenti riguarda bambini al di sotto dei 6 anni);
- gli anziani, in particolare gli ultraottantenni, hanno un quoziente di infortuni pari al 33 per mille.

Il lavoro domestico e la presenza quasi costante nell'abitazione espone le donne e particolarmente le casalinghe permanentemente ai rischi potenziali di infortunio domestico.

All'origine degli incidenti domestici si ipotizzano, in generale, quattro fattori principali:

1. un fattore dipendente dalle caratteristiche strutturali dell'abitazione (componente statico abitativa, cioè scale, pavimenti etc. e arredamento);
2. un fattore di tipo comportamentale (utilizzo improprio di apparecchiature e utensili, scarsa percezione dei rischi, sottovalutazione dei pericoli etc.);
3. un fattore legato alle condizioni di salute (disabilità, patologie croniche etc.);
4. un fattore relativo a tutte quelle condizioni di rischio non facilmente individuabili, ma che risultano presenti all'interno di un'abitazione o che sono parte integrante degli stili e delle abitudini di vita (ad esempio presenza di piante ornamentali tossiche, detersivi, cosmetici, medicinali, uso di farmaci, consumo di alcol, presenza di amianto o radon nei materiali usati nelle abitazioni).

Gli ultimi risultati della sorveglianza sono stati presentati al congresso "*Le sfide del Galliera 2008*", nell'ambito delle celebrazioni per i 120 anni degli Ospedali Galliera di Genova il cui pronto soccorso, insieme a quello del Gaslini, fa parte del

Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA) per la Regione Liguria. Gli incidenti più frequenti osservabili in pronto soccorso sono causati da: caduta: 40% ferite da taglio o punta:15% urti o schiacciamenti:12%. Tra i ricoverati per incidente in casa oltre il 70% è caduto; tra questi ultimi il 75% ha 65 anni e più e per la maggior parte si tratta di donne (56%). Si può stimare anche, sulla base delle statistiche correnti, che le cadute degli ultra-settantacinquenni determinino il 65% di tutte le morti per incidente domestico. Altre cause quali il rischio di soffocamento o l'avvelenamento ed intossicazione, pur essendo raramente osservabili in pronto soccorso, nella casistica SINIACA sono, dopo la caduta, le prime cause di ricovero ospedaliero per i bambini da 1 a 4 anni, pari rispettivamente al 9% ed 7% dei ricoveri di queste età; da notare che in età pre-scolare il soffocamento e l'annegamento costituiscono la prima causa di mortalità domestica nei bambini determinando nel complesso il 50% per cento delle morti. Dai dati dei centri anti-veleni che partecipano alla sorveglianza dell'ISS sull'esposizione a sostanze tossiche risulta che il 90% delle esposizioni avviene in ambito domestico e nello studio pilota condotto in occasione delle Olimpiadi invernali di Torino 2006 si è osservato che ad essere esposti erano nel 40% dei casi bambini con meno di 6 anni di età. La gran parte degli infortunati giunti in pronto soccorso sono giovani ed adulti tra i 15 ed i 64 anni d'età (56%) e tra loro il

56% sono donne. Tuttavia, si tratta di lesioni non gravi che non necessitano di assistenza in PS (codice priorità bianco) o le cui vittime possono essere visitate dopo gli altri pazienti (codice priorità verde) nell'80% dei casi.

Nei bambini, invece, la proporzione di eventi gravi che richiedono assistenza immediata o comportano pericolo di vita (codici gialli e rossi) è del 38%; anche il 32% di anziani giunti in pronto soccorso ha ottenuto un'alta priorità di assistenza, questo perché gli anziani da soli rappresentano il 43% di tutti i codici gialli di PS registrati. La casistica pediatrica e quella geriatrica è stata, quindi, giudicata in PS mediamente più grave di quella giovane ed adulta.

I gruppi a maggior rischio nella popolazione sono i bambini in età pre-scolare e gli anziani: il rischio di finire in pronto soccorso tra 1 e 4 anni è 3,7 maggiore che a 15-19 anni e 3,2 volte maggiore per gli ultra-ottantenni rispetto alla medesima classe di età. In media un bambino (fino ai 14 anni) ha il 50% di probabilità in più di un giovane o un adulto di giungere in PS, per un anziano (oltre i 64 anni) tale valore sale al 60%. I luoghi dell'abitazione in cui avvengono il maggior numero di incidenti sono gli spazi esterni della casa: in giardino e nel cortile avviene il 28% degli incidenti domestici. Questo per effetto delle cadute, delle ferite da taglio e punta e degli urti; da notare che il 75% delle punture e dei morsi di animale avviene in questi ambienti. Il 18% dei soggetti con lesione da incidente domestico si trovava in camera da letto, soggiorno e altri locali

interni alla casa; per loro nel 60% dei casi si è trattato di caduta ed infatti il camminare è risultata la dinamica più frequente in questi ambienti (27%), seguita dal lavoro domestico e dal fai da te (insieme il 17% degli eventi) e dal gioco (14%). L'altro locale in cui più frequentemente avvengono incidenti è la cucina (13%): si tratta prevalentemente di ferite da taglio (36%) e cadute (29%); da notare che il 51% di tutte le ustioni avvengono in cucina. Ambienti a rischio sono le scale ed il bagno in quanto, pur essendo meno frequentati degli altri locali della casa, concentrano un numero elevato di casi di incidente: 9% e 4% rispettivamente. Sulle scale sono quasi tutte cadute (89%) (ISPESL 2002-2003).

Riguardo alla lesione principale diagnosticabile all'osservazione in pronto soccorso, per il 59,2% si è trattato di traumi superficiali, per il 12,6% di fratture e schiacciamenti, per l'8,1% di lussazioni e distorsioni agli arti, per il 3,5% di trauma cranico; 3,3% di lesioni da corpo estraneo ed il medesimo valore di traumi interni e frattura del tronco; 2,1% di ustioni. I centri del SINIACA che hanno partecipato alla rilevazione europea degli incidenti hanno riportato anche le tipologie di prodotti coinvolti nell'incidente. Oltre il 70% delle cadute avviene su strutture fisse quali parti di edificio, superfici esterne (anche naturali) ed installazioni sanitarie. Gli urti avvengono contro mobilio nel 21% dei casi, contro parte di edificio nel 16%, vegetazione nel 5%. Le ferite da taglio e le punture sono provocate nel 17% della casistica da posate e stoviglie, nel 16% da animali, nel 14% da

attrezzi ed utensili, nel 13% da schegge e pezzi di materiali che costituiscono anche il 68% delle ferite da corpo estraneo. Il rischio di soffocamento viene determinato nel 65% delle volte da prodotti chimici, il 18% da cibo ed il 6% da articoli di igiene. Da prodotti chimici derivano anche il 60% delle corrosioni che, per il resto dipendono in uguale misura da prodotti farmaceutici e particelle di materiale (4% ciascuna), cibo 3,8%, etc. Per concludere le ustioni sono dovute per il 33% a cibo bollente, per il 22% ad esposizione a radiazioni naturali, per il 5% a stoviglie bollenti e sempre per il 5% all'uso di prodotti chimici. Volendo fare una sintesi relativa alla tipologia dei materiali e dei prodotti coinvolti negli ID, si potrebbe sicuramente associare la caduta all'utilizzo di scale, sanitari, finestre, balconi, pavimenti scivolosi e terreni sconnessi; gli urti all'utilizzo di mobilio, porte, pareti, vegetazione; le ferite da taglio e le punture all'utilizzo di posate e stoviglie, animali, attrezzi e utensili, schegge e pezzi di vetro e altro materiale tagliente; il soffocamento e la corrosione all'utilizzo e manipolazione di: cibo, prodotti chimici, farmaci, parti di materiale vario; infine le ustioni all'utilizzo ed esposizione a cibo bollente, radiazioni naturali e prodotti chimici. Tutte operazioni, prodotti e materiali che facilmente vengono effettuate e sono presenti nelle case.

Ma quali sono i soggetti più a rischio? Prima di tutto le donne, soprattutto se casalinghe, ma anche gli anziani, i disabili e i bambini. "L'incidenza del rischio - spiega l'Organizzazione mondiale della sanità - infatti, è legata direttamente alla quantità

di tempo trascorsa in casa, secondo gli studi fatti dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL). Tra le cause della genesi e della gravità degli incidenti domestici ci sono il cambiamento della struttura sociale, la scarsa informazione dei cittadini, le carenze assistenziali e quelle strutturali di case e accessori".

É del Censis, invece, una ricerca sulla geografia casalinga dei luoghi pericolosi: l'ambiente che gli italiani percepiscono più rischioso, all'interno dell'abitazione è, a ragione, la cucina. Il soggiorno e le altre stanze, che i dati strutturali indicano come luoghi ad alto rischio, non sono affatto avvertiti come tali. Mentre decisamente sopravvalutati sono i pericoli che si possono correre in bagno, anche se secondo le indagini ISPESL, è a tutti gli effetti un ambiente ad alto rischio. Diverse le misure per prevenire gli incidenti domestici: campagne di informazione e di educazione (verso anziani, bambini, genitori), formazione di operatori sanitari per l'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici, fornitura a basso costo di dispositivi di sicurezza (come le maniglie antiscivolo e le spie antincendio).

La Decisione n.372/1999/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio ha adottato un programma di azione comunitaria sulla prevenzione nel contesto del quadro di azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003). Con tale decisione l'Unione

Europea ha adottato un programma di azione per la prevenzione delle lesioni personali conosciuta come IPP-HLA (Injury Prevention Programme – Home and Leisure Accidents)⁸. A tale progetto l'Italia partecipa con il contributo della ASL 18 di Rovigo e di cinque ospedali. L'impegno comunitario continua inoltre per monitorare lo stato degli incidenti domestici, cominciato nel 1986, e conosciuto con la sigla EHLASS (European Home and Leisure Accidents Surveillance System), nata come progetto pilota e affinata negli anni successivi, a cui è seguita la costituzione di una banca dati europea integrata nella rete telematica EUPHIN. In Italia, la rete di sorveglianza europea è stata integrata dall'Istituto superiore di sanità nel Sistema informativo nazionale sugli incidenti domestici (SINIACA). A livello internazionale gli incidenti domestici non sono facilmente individuabili perché nella diversa definizione sono compresi anche quelli stradali, sul lavoro, nel tempo libero e causati da violenza domestica; cioè si parla più in generale di infortuni. Per la popolazione europea quindi gli infortuni rappresentano la causa principale di morte e sono la maggiore causa di disabilità cronica tra i giovani e gli over sessantacinquenni. Pertanto, considerato l'enorme impatto sulla salute e sulla produttività della società, è necessario

⁸ <http://ec.europa.eu>: **RASSEGNA COMPLETA DEI DATI EUROPEI IN MATERIA DI INFORTUNI DOMESTICI E DEL TEMPO LIBERO** *Relazione finale Kuratorium für Schutz und Sicherheit (Istituto austriaco per la sicurezza e la prevenzione) - Istituto "Sicher Leben"*
Programma di prevenzione degli infortuni - JO C 208 22/07/99 IPP/2000/1071
SI2.297897

intervenire con iniziative sia a livello comunitario che all'interno dei singoli Stati membri.

La cornice delle attività europee di prevenzione è rappresentata dal *Public Health Programme 2003*, che ha promosso la pubblicazione di due documenti adottati dalla Commissione europea a giugno 2006: *Commission Communication on "Actions for a safer Europe"* e *"Proposal for Council Recommendation on the prevention of injuries and the promotion of safety"*. Nei due rapporti si sottolinea la necessità di intervenire per una significativa riduzione della mortalità e della morbilità causate dagli incidenti domestici.

In Italia, il mandato sociale che investe i Dipartimenti di Prevenzione per la riduzione degli Incidenti domestici è dato soprattutto dalla Legge n.493/1999 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici" che precisamente al CAPO II all'art.3 detta le funzioni del SSN:

-1. E' compito del SSN promuovere a livello territoriale la sicurezza e la salute negli ambienti di civile abitazione e, sulla base delle linee guida, sviluppare una adeguata azione di informazione ed educazione per la prevenzione delle cause di nocività e degli infortuni negli ambienti di civile abitazione.

-2. Ai fini di cui alla presente legge, è compito del Dipartimento per la Prevenzione di ogni Unità Sanitaria Locale, di cui all'art.7 del DLvo 502/92 e successive modifiche, ai sensi dell'art.20 della L 833/78 e successive modifiche, in collaborazione con i

servizi territoriali, materno-infantile e di medicina di base, l'esercizio delle funzioni per:

- a) l'assistenza per la prevenzione delle cause di nocività e degli infortuni negli ambienti di civile abitazione;
- b) l'individuazione e la valutazione dei rischi presenti o che si possono determinare nei predetti ambienti;
- c) la promozione e l'organizzazione di iniziative di educazione sanitaria nei confronti della popolazione;
- d) il coordinamento territoriale dei programmi di intervento, dei presidi e delle unità operative tesi ad assicurare le necessarie integrazioni ai fini della sicurezza.

-3. omissis

-4. omissis

-5. Sulla base dei programmi determinati dalle Regioni, nell'esercizio delle loro funzioni di indirizzo e di coordinamento, il Dipartimento di Prevenzione operante presso ciascuna Unità Sanitaria Locale è preposto alla realizzazione degli interventi di cui al presente articolo.

-6. omissis.

Sempre a livello nazionale, è utile ricordare, tra le misure-guida preventive, il Piano sanitario nazionale (PSN)2006-2008, il Piano prevenzione nazionale (PPN)-come strumento di monitoraggio dei progetti regionali- le Linee Guida dell'ISS e, a seguire, i Piani regionali con i Piani aziendali delle ASL.

Inoltre per quanto riguarda i bambini, anche se vivono in un mondo progettato dagli adulti per gli adulti, hanno diritto di

essere protetti dagli infortuni, come previsto dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia, quale strumento normativo internazionale più importante e completo in materia di promozione e tutela dei diritti dell'infanzia. Tale Convenzione, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre del 1989 a New York ed entrata in vigore il 2 settembre 1990, ratificata in Italia con la Legge 176/91, recita:

“...Gli Stati parti debbono prendere misure appropriate...per garantire che tutti i gruppi della società, in particolare genitori e ragazzi, ricevano informazioni sulla salute e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta di mettere in pratica tali informazioni”.

Le dimensioni del fenomeno degli incidenti domestici e la presenza in casa di pericoli contrasta con l'idea che comunemente si ha di essa, ritenuta come “ rifugio sicuro ”; è proprio da tale idea che scaturiscono in genere le difficoltà a percepirne adeguatamente i rischi presenti. Un valido indicatore della sottostima del rischio presente nelle case, soprattutto da parte degli adulti, è proprio il numero consistente di incidenti domestici nella fascia d'età tra i 0 ed i 4 anni. Molti incidenti che coinvolgono i bambini potrebbero essere evitati mediante l'adozione di comportamenti adeguati ed accorgimenti da parte dei genitori, per i quali la conoscenza dei possibili rischi costituisce un primo ed utile passo per prevenirne un buon numero. I fattori che possono intervenire nel favorire o

determinare un incidente sono numerosi e di tipo diverso: ambientali, psico-sociali, familiari e personali. I bambini sono caratterizzati da una spiccata curiosità, una minore percezione del rischio ed una limitata abilità a reagire prontamente in situazioni pericolose e per questo sono maggiormente esposti al rischio; inoltre gli ambienti nei quali trascorrono la maggior parte della giornata non sono stati creati a loro misura, per cui capita che mossi da curiosità e desiderio di esplorare si esponano a rischi non adeguati alle loro esperienze e alla loro capacità di valutazione e di gestione.

Il rischio aumenta quando vi sono inosservanze o inadempienze relative alle basilari norme di sicurezza delle abitazioni e delle apparecchiature in essa presenti, ed alla insufficiente attenzione dei genitori.

Anche i fattori psico-sociali, sia personali che ambientali, determinano una situazione di rischio o di aumentata vulnerabilità, che può dare luogo all'incidente per l'effetto di stress, tensione emotiva, affaticamento o conflitti familiari. Quando parliamo di fattori psico-sociali personali, ci riferiamo per lo più a difetti di intelligenza, turbe psicomotorie, iperattività, eccessiva aggressività da parte dei bimbi; mentre per fattori psico-sociali ambientali ci riferiamo ad una cultura della violenza, carenze nell'educazione, stili di vita non congrui con le basilari norme di sicurezza, insufficiente protezione nei primi anni di vita del bambino da parte della famiglia, instabilità e conflitti familiari.

Fare prevenzione mediante strategie di intervento attive e/o passive consente di impedire che si verifichino incidenti (prevenzione primaria) o ridurre le conseguenze immediate (prevenzione secondaria).

La prevenzione attiva consiste nell'informare sui rischi e sulle possibilità di intervento; essa promuove la sorveglianza e la protezione di bambini piccoli da parte dei genitori e in generale la diffusione di una cultura della sicurezza, mediante l'educazione al rischio. Le informazioni riguardano i principali rischi presenti nell'abitazione legati anche alla crescita e allo sviluppo del bambino, evitando però qualunque allarmismo, che interferirebbe sulla corretta acquisizione del messaggio. La prevenzione passiva, invece, consiste nell'impiego di dispositivi che agiscono autonomamente ed indipendentemente dall'intervento umano. Numerosi sono i fattori che intervengono nell'incidente domestico e diverse ed articolate sono le attività di prevenzione svolte in questo ambito. I dati epidemiologici disponibili dimostrano che gli interventi normativi non sono sufficienti a ridurre l'entità del fenomeno; c'è bisogno di sviluppare strategie complessive, che partono dalla raccolta sistematica e continua delle informazioni e promuovono, nei luoghi maggiormente frequentati dai bambini, misure di sicurezza strutturale e impiantistica, oltre che l'adozione di comportamenti adeguati. Un utile strumento è rappresentato dalle campagne di informazione e di sensibilizzazione alla sicurezza, ed interventi mirati destinati agli adulti, il cui obiettivo

è di promuovere l'acquisizione di comportamenti cosiddetti "sicuri", ovvero quello che il bambino, e ancora di più il genitore, deve fare per prevenire l'incidente. Per consentire l'acquisizione di competenze, nell'intervento da svolgere, è indispensabile tener conto del vissuto personale di ciascuno rispetto alla tematica trattata, e a partire da questo, fornire informazioni ed indicazioni sui comportamenti da adottare per ridurre il rischio o intervenire in maniera efficace in caso di incidente. In questo modo, le informazioni e le indicazioni fornite, oggetto di apprendimento, acquistano una "significanza personale", hanno qualcosa a che fare con la propria esperienza di vita, non sono recepite come astratte, ma vengono inglobate come esperienza personale. Le informazioni e le indicazioni sono quindi legate all'osservazione dei fatti, ed alle possibili "azioni", considerate efficaci, per prevenire gli incidenti; le nuove nozioni, si integrano con il sapere che deriva dall'esperienza quotidiana ed in questo modo possono essere trasformate prima in valori condivisi e successivamente in comportamenti. Per favorire questo processo, che comunque è educativo, è molto utile che in questo contesto chi lo propone sia motivato, e che a partire da ciò stimoli e ricerchi le motivazioni e il coinvolgimento delle persone alle quali si rivolge. Si tratta di integrare aspetti cognitivi ed emotivi. D'altra parte i temi della sicurezza e del rischio sollevano una serie di specifici vissuti emotivi, che non sempre le persone sono in grado di gestire e contenere adeguatamente. Il discorso si

complica ulteriormente quando si tratta di bambini oppure di adulti che si relazionano con i bambini. Questi vanno guidati nell'esplorazione e nell'espressione dei vissuti emotivi relativi ai temi del pericolo, del rischio e di un possibile incidente, per prepararli ad agire e prendere decisioni in situazioni di allarme e/o emergenza. Gli interventi maggiormente efficaci sarebbero quelli che tengono conto dei diversi fattori che determinano l'incidente domestico, a partire dall'analisi del contesto socio-culturale nel quale si interviene.

Pertanto risulta necessario un approccio integrato al problema, in cui le diverse competenze possano contribuire all'obiettivo di ridurre i rischi in ambiente domestico nell'infanzia.

Da un'indagine recentemente svolta nell'ambito della Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul sistema sanitario (ottobre 2000)⁹, con una Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione (DP) sono state evidenziate alcune problematiche di cui soffre l'organizzazione delle funzioni di prevenzione delle ASL. In particolare sono indicati: ritardi nella istituzione dei Dipartimenti, assenza di reale integrazione tra professionalità, scarso investimento di risorse, scarsa integrazione con gli altri servizi sanitari, soprattutto con quelli territoriali, confusione di ruolo con i servizi dell'ARPA per la prevenzione ambientale, carenze nella formazione e nella qualità professionale del lavoro, con ricadute sul grado di

⁹ www.senato.it

motivazione dei professionisti. D'altra parte è la stessa società che richiede alla prevenzione di cimentarsi con responsabilità nuove, di fronte a rischi nuovi, pur senza abbassare la guardia nei confronti dei rischi tradizionali. L'identificazione di questi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute e la gestione delle iniziative di prevenzione efficaci e praticabili sono le responsabilità nuove che i DP devono saper assumere ad integrazione di quanto previsto dagli adempimenti di legge e in collaborazione con tutti i soggetti della prevenzione (cittadini, imprese, forze sociali, altre istituzioni). Per far fronte a queste nuove responsabilità occorre imparare a lavorare per obiettivi e progetti: questo è il solo contesto che garantisce che le intenzionalità dei diversi soggetti della prevenzione possano esprimersi, confrontarsi, tradursi in consenso intorno a decisioni, svilupparsi in azioni e finalmente prestarsi a valutazioni di risultato, di qualità, di costo. La prevenzione è considerata un'attività complessa che richiede strategie capaci di coinvolgere professionalità diverse in azioni a largo raggio quali, per esempio, le campagne di promozione della salute. Infatti la moderna definizione di Sanità Pubblica pone l'accento sulle capacità di organizzare gli sforzi della società sulla base di obiettivi condivisi e diversificati, quali ad esempio, quelli della modifica degli stili di vita, del miglioramento dell'ambiente per non parlare dei fattori di malattia emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità. Questi nuovi confini della prevenzione accentuano il ruolo che assume la

ricerca, sia relativa alla misura dei bisogni che alla valutazione di impatto degli interventi, all'interno dei servizi di prevenzione. Per rispondere ad un mandato così ambizioso, i DP devono operare secondo moderne metodologie di lavoro; quella che viene riconosciuta più efficace è il lavoro per obiettivi. Il significato della metodologia per obiettivi è quello di riunire gruppi multidimensionali (multidisciplinari, multiprofessionali, multisettoriali) che siano in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari; inoltre i gruppi dovranno occuparsi della progettazione di interventi basati sulle prove di efficacia, i cui esiti di salute siano misurabili. Questo richiede che i DP siano in grado di dotarsi di una organizzazione flessibile, a geometria variabile, capace di riunire intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al SSN. Questo approccio necessita di un bagaglio metodologico che affonda le sue radici nella cultura della Sanità Pubblica, cioè nel corpus dottrinale su cui poggiano i processi e gli interventi della prevenzione.

In questa cultura possono essere riconosciuti alcuni elementi caratterizzanti:

- *Valutazione dei bisogni e identificazione del rischio (risk assessment)*: queste metodologie che hanno raggiunto un livello di maturazione tale da essere assimilate a discipline, rappresentano le basi di qualunque pratica di

progettazione per obiettivi. Si tratta della cultura epidemiologica della quantificazione dei fenomeni di interesse sanitario, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di priorità di intervento. L'affermarsi di queste metodologie, cui si è assistito nel corso degli anni, permette oggi stime molto accurate della dimensione, sia oggettiva che soggettiva (percezione dei rischi) dei fenomeni della salute, che è presupposto indispensabile per il superamento dell'organizzazione dei servizi sulla base della pratica degli adempimenti "per compiti".

- *Sanità Pubblica basata sulle prove di efficacia (Evidence-based public health)*: la comunità scientifica internazionale, dall'inizio degli anni '90, è impegnata nella riformulazione delle basi teoriche delle pratiche sanitarie. Queste, tradizionalmente definite sulla base della logica eziopatogenetica, hanno dimostrato la loro fragilità e sono oggi ritenute soltanto un complemento alla logica delle prove di efficacia. Questa nuova cultura, che sta oggi mobilitando il meglio della comunità dei professionisti, sta già portando, nel campo della prevenzione, alla stesura di una lista di pratiche delle quali siano presenti in letteratura scientifica solide prove di inefficacia, per promuovere una iniziativa volta alla loro abolizione. La diffusione di questa cultura capillarmente a tutti i livelli in cui vengono definite politiche di prevenzione è condizione non solo per lo

sfortimento delle pratiche rituali dei DP, attraverso l'eliminazione di quelle inefficaci ma, anche, auspicabilmente, per l'aumento di quelle efficaci.

- *Analisi sistemica*: la necessità di organizzare gli sforzi della società richiede da parte dei professionisti della prevenzione, la capacità di utilizzare gli strumenti propri dell'approccio sistemico (analisi organizzativa, analisi per processi e re- ingegnerizzazione ecc.). Tale capacità va sviluppata nei diversi ambiti di lavoro: dal servizio o unità operativa, alla comunità, senza soluzione di continuità. Nel primo ambito tali strumenti consentono ai professionisti della prevenzione di riprogettare i servizi il che, alla luce della *Evidence-based public health*, si tradurrà in miglioramenti dell'efficacia e dell'efficienza produttiva. Nell'altro ambito (la comunità) l'approccio sistemico dovrebbe condurre ad una integrazione del DP con gli altri livelli di assistenza e favorire il coinvolgimento degli altri soggetti della sussidiarietà orizzontale (volontariato, terzo settore, organizzazioni cittadini e utenti, mondo della formazione , settori produttivi, istituzioni locali), aumentando le probabilità di successo.
- *Comunicazione*: è oggi una funzione critica anche per i DP; deve contribuire alle analisi della percezione del rischio e quindi alla gestione dei rapporti con il pubblico in situazioni di rischio ambientale, al fine di produrre una corretta informazione attraverso i canali di maggiore

diffusione. Una efficace comunicazione con i cittadini deve essere di supporto agli interventi di promozione della salute aiutando ad indurre i cambiamenti auspicati. Deve rappresentare lo strumento per la condivisione dei criteri di priorità degli interventi, a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità) indispensabile per rapporti improntati alla trasparenza, ma anche per incrementare la possibilità di perseguimento degli obiettivi individuati. In quest'ottica la comunicazione assolve alle importanti funzioni di *marketing* sociale e di sviluppo del senso di affiliazione nel cittadino, contribuendo ad aumentare la credibilità dei DP.

- *Assicurazione di qualità (qualità assurance)*: da un lato deve promuovere la valutazione critica e continua dei processi e degli esiti dei progetti e in generale del lavoro dei servizi, dall'altro, deve predisporre culturalmente i professionisti alla verifica continua della coerenza e appropriatezza delle loro attività e degli interventi effettuati, rispetto agli obiettivi di prevenzione identificati. Il tutto al fine di innescare, insieme ad un atteggiamento critico e costruttivo, meccanismi di revisione e miglioramento continuo della qualità professionale, della qualità tecnologica e della qualità relazionale.

La pratica della prevenzione, così delineata, dovrebbe essere considerata con un atteggiamento sperimentale nel senso che

tutti i servizi che adotteranno le linee guida esposte, sarebbero da considerarsi oggetto/soggetto di ricerca, adottando gli accorgimenti opportuni per permettere una consuetudine di autovalutazione continua. Il lavoro per obiettivi con le sue caratteristiche di “buon operare” è al tempo stesso espressione e strumento di integrazione; inoltre questa modalità di lavoro rappresenta un continuo stimolo a sviluppare le abilità di ricerca dei DP, e ad applicarle in progetti che mirino alla valutazione del rischio, alle analisi di contesto della popolazione e alla valutazione dell’impatto delle politiche sanitarie e di altri interventi, anche non sanitari, sulla salute della comunità e sulle disuguaglianze nella salute stessa. L’assetto organizzativo del DP, come definito nelle sue linee essenziali dal DLgs. 229/99 prevede tre aree dipartimentali (Sanità pubblica, Tutela della salute negli ambienti di lavoro e Sanità pubblica veterinaria) e Servizi. L’articolazione dei servizi, se interpretata in modo rigido come separazione o, addirittura, con esasperata rivendicazione di specificità settoriale, rappresenta uno degli ostacoli più seri all’adozione diffusa di una progettazione per obiettivi.

La chiave di volta per la soluzione ai problemi di integrazione risiede nelle modalità di lavoro ed in una più adeguata formazione degli operatori. Si propone pertanto un processo che identifica per il DP il ruolo da svolgere nella definizione del profilo epidemiologico, nella scelta delle priorità, nell’individuazione degli interventi efficaci, nella loro progettazione esecuzione e valutazione. In particolare

l'epidemiologia, come funzione sottesa a tutte le fasi del processo, costituisce insieme alla comunicazione e alla qualità, l'elemento più dinamico e utile per ri-orientare culturalmente i Servizi; inoltre essa rappresenta un ponte tra la prevenzione e l'assistenza sanitaria. Per questo motivo l'epidemiologia, più che essere chiamata in modo rituale tra le funzioni del DP, dovrebbe diventare patrimonio genetico di chi si occupa di prevenzione.

OBIETTIVI DELLA RICERCA

L'interesse della nostra ricerca è rivolto alla disamina del fenomeno della morte per infortunio domestico. Gran parte degli studi e delle ricerche sin qui condotti hanno esaminato il fenomeno dal punto di vista lesivo, infortunistico, mentre mancano dati certi sulla mortalità da incidente in casa. Questo dato, come è emerso da quanto riportato in introduzione, non è di facile valutazione nella sua reale entità in quanto nei luoghi ove essi possono essere registrati mancano strumenti idonei per una corretta raccolta dei dati. Quando parliamo di luoghi intendiamo riferirci agli obitori comunali, ovvero ai servizi di anatomia-patologica degli ospedali, mentre il riferimento agli strumenti di raccolta dati è costituito dalle schede ISTAT per la certificazione della causa della morte.

In proposito appare opportuno specificare che i casi che giungono presso l'obitorio comunale di Roma, luogo ove è stata svolta la presente ricerca, possono essere rappresentati da salme a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, ovvero da salme che debbono essere sottoposte a riscontro diagnostico al fine di stabilire unicamente la causa della morte con finalità statistico-sanitaria.

Per quanto attiene i soggetti vittime di incidenti domestici, la maggior parte di questi risultano essere a disposizione dell'Autorità Giudiziaria in quanto l'accadimento ingenera

l'apertura di un fascicolo da parte della Procura della Repubblica competente del luogo ove avviene il fatto. Ciò in quanto, trattandosi di una morte non naturale, essa dev'essere investigata, al pari delle morti omicide arie e suicidi arie, dagli organi competenti al fine di escludere la responsabilità di terze persone.

In alcuni casi tuttavia (invero una minoranza), già dal primo sopralluogo condotto dalla polizia giudiziaria, non emerge alcun possibile fatto reato, ovvero intervento di terzi, per cui il cadavere, seppur portatore di segno di morte violenta, viene posto a disposizione dei familiari e sottoposto ad accertamento diagnostico anatomo-patologico con finalità meramente statistico-sanitarie.

Fatta questa indispensabile premessa circa la caratterizzazione amministrativa dei casi che giungono alla nostra osservazione, appare doveroso precisare che, in entrambe le eventualità, viene redatta una scheda necroscopica completa e, in seguito, una relazione medico-legale che, nel caso di salme a disposizione dell'Autorità Giudiziaria viene consegnata al Magistrato competente mentre, nel caso di salme sottoposte unicamente a riscontro diagnostico, resta agli atti e viene consegnata, su richiesta, ai familiari del deceduto.

Lo studio è stato, pertanto, condotto nella sede dell'obitorio comunale di Roma, che accoglie circa 1200 salme all'anno provenienti dal territorio della città di Roma,

Civitavecchia e Tivoli e che, pertanto rappresenta un buon modello di riferimento per la stima dei decessi violenti (ovvero non naturali) nell'area romana.

MATERIALI E METODI

I dati che abbiamo investigato riguardano i casi di infortunio in ambiente domestico a cui è conseguito il decesso della persona interessata realizzatosi sia in prossimità dell'evento che a distanza di esso. Di questi ultimi è stata anche ricostruita e valutata la storia clinica di ciascuna fattispecie al fine di stabilire la correlazione causale tra l'evento infortunistico primario, verificatosi in ambiente domestico, e la morte, avvenuta di norma in ambiente ospedaliero, attraverso la classica criteriologia medico-legale.

Infatti molti studi condotti in passato sull'argomento non prendevano in debita considerazione l'eventualità che i decessi potessero verificarsi anche a notevole distanza dall'evento, perdendo in tal modo dati preziosi.

La rilevanza dello studio della seriazione casuale che conduce a morte un soggetto e che prende avvio da un episodio infortunistico in ambiente domestico rappresenta al contrario un presidio irrinunciabile al fine di un corretto inquadramento del fenomeno: anche la tipologia dei pazienti interessati con maggior frequenza dalle lesioni rende ragione di tale fattispecie in quanto spesso trattasi di soggetti di età avanzata e portatori di patologie di base che determinano una

modificazione del decorso clinico e causale di una determinata lesione.

Al fine di portare avanti lo studio è stata esaminata la casistica giunta alla osservazione del settore del Dipartimento di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università Sapienza di Roma nel periodo 2002-2007.

In particolare sono stati consultati i registri dell'obitorio comunale da cui risultano, oltre alle generalità dei deceduti, anche indicazioni generiche circa le modalità del decesso: in tal modo sono stati esclusi tutti quei casi che potevano chiaramente essere ricondotti a decessi intervenuti per cause non inerenti ad infortuni in ambienti domestici.

Oltre agli eventi in cui già dalle notizie desumibili dai registri emergeva una correlazione del decesso con accidenti avvenuti in ambiente domestico, sono stati presi in considerazione per successivi approfondimenti anche quelli in cui le modalità descritte nei registri potevano ingenerare dubbi, anche lievi, circa la possibile etiologia infortunistica del caso.

In tutti queste fattispecie si è proceduto al reperimento della cartella clinica completa comprensiva di relazione redatta dai sanitari in merito.

Lo studio è stato condotto esaminando le schede necroscopiche dei soggetti le cui modalità di decesso potevano in qualche modo essere dubbie per infortunio domestico.

In particolare sono state esaminate le relazioni medico-legali allegate alle diverse schede e, ove presenti, le

documentazioni sanitarie relative a ricoveri subiti dai soggetti successivamente ai fatti di cui erano rimaste vittima.

Si è proceduto, da tali fonti, alla raccolta di tutti i dati anagrafici che potevano essere di utilità, compresi quelli che potevano indicare la condizione socio-economica delle vittime.

Sono stati inoltre estrapolati i dati relativi alle esatte circostanze in cui avvenne il fatto, alla presenza di eventuali fattori intervenuti nella dinamica lesiva (ad. esempio utilizzo di scale, lame, ecc.) e sono state evidenziate le caratteristiche morfologiche delle lesioni riportate dai soggetti e correlabili all'evento traumatico.

Sono state inoltre evidenziate, quando possibile, tutte quelle patologie preesistenti di cui tali soggetti erano portatori al fine di verificare l'eventuale influenza che queste potevano avere avuto nella storia naturale del caso e, conseguentemente, nella evoluzione causale di esso.

E' stata, altresì, esaminata la documentazione sanitaria relativa ai ricoveri conseguiti all'infortunio al fine di valutare se, nei casi di decessi intervenuti a distanza di tempo, fosse possibile individuare una correlazione causale tra l'evento infortunistico e la morte ovvero se la stessa potesse essere attribuita a fattori esogeni o endogeni non correlabili, secondo la classica criteriologia medico-legale, all'evento in oggetto.

RISULTATI

Sono stati, pertanto, esaminati i decessi seguiti ad infortunio avvenuto in ambiente domestico dall'anno 2002 all'anno 2007. In una prima fase sono stati analizzati i dati raccolti dai registri di decesso dall'anno 2002 all'anno 2007. Tale indagine ha evidenziato complessivamente 346 casi presunti di decessi a causa di un infortunio domestico dei quali 67 registrati nell'anno 2002, 65 nell'anno 2003, 53 nell'anno 2004, 43 nell'anno 2005, 60 nell'anno 2006, 58 nell'anno 2007.

Le informazioni così raccolte non hanno però permesso di ricavare una stima corretta, in termini quantitativi, in grado di fornire un quadro esatto della situazione. Dalle fonti correnti, risulta, infatti, difficile risalire al numero dei decessi dovuti ad un infortunio domestico a causa dei limiti imposti dall'attuale flusso di raccolta dei dati di mortalità mediante le schede di morte ISTAT. In esse sono riportate le notizie relative ai dati anagrafici del deceduto, le informazioni circa la Provincia, il Comune, la ASL dove è avvenuto il decesso e l'eventuale richiesta di riscontro diagnostico. Devono essere altresì indicate le cause (iniziali, intermedie, finali) naturali e le cause traumatiche di morte; in quest'ultima eventualità deve essere riferito

anche il luogo dove è avvenuto il trauma, se nell'abitazione, in luoghi comunitari, oppure sul lavoro, ma senza chiari riferimenti alla dinamica dell'evento.

Le schede di decesso sono uno strumento affidabile per le informazioni relative alla natura delle lesioni, ma qualitativamente carente nella definizione del luogo, ciò comporta dei seri problemi di analisi e di quantificazione del fenomeno.

È in tale ottica che si coglie l'esigenza di un sistema di registrazione a carattere epidemiologico in grado di reperire in maniera completa ed affidabile la numerosità degli eventi mortali verificatisi in ambiente domestico.

In un secondo momento, per una migliore comprensione dei dati disponibili, si è proceduto all'acquisizione di ulteriori elementi di conoscenza attraverso la consultazione delle relazioni medico-legali. Questa seconda fase ha permesso di escludere parte dei casi inizialmente inseriti con potenziali infortuni domestici in quanto, dalle notizie scaturite, in diversi casi si è trattato di una morte suicidaria con dinamica da precipitazione, ovvero intossicazione da CO; dinamiche queste che potevano essere confuse con eventi accidentali, esclusi successivamente grazie alle notizie di specifica del singolo caso.

La rielaborazione di tali dati, pertanto, ha permesso di includere (v. grafico 1), dei 67 casi di decesso inizialmente

inclusi nell'anno 2002, 21 casi di decesso, di cui 4 a causa di una precipitazione, 8 a seguito di ustioni, 3 da carbonizzazione, 2 da elettrocuzione, 3 da caduta accidentale ed un caso di intossicazione da CO.

Nell'anno 2003 i casi inizialmente inclusi nello studio sono stati 65, divenuti poi 22 in considerazione del fatto che in 7 casi si è avuta morte per ustioni, in altri 7 da caduta accidentale, in 5 a seguito di carbonizzazione, in 1 caso da elettrocuzione, 1 caso da intossicazione da CO ed un solo caso di precipitazione.

Nell'anno 2004 i casi inizialmente inclusi nello studio sono stati 52, ma soltanto 18 hanno presentato i caratteri dell'infortunio domestico: si sono contate 7 decessi a seguito di cadute accidentali, 6 da ustioni, 4 da precipitazione ed un caso di intossicazione da CO.

L'anno 2005 vede i casi inseriti in numero di 43, ridotti poi a 15 costituiti da 4 cadute accidentali, 3 precipitazioni, due da asfissia meccanica da bolo alimentare, 1 da asfissia meccanica da corpo estraneo ed 1 caso da carbonizzazione.

Nell'anno 2006 i casi inclusi nello studio in principio sono stati 60, diminuiti a 21 di cui 5 decessi per ustioni, 4 da carbonizzazione, 3 da precipitazione, 3 da caduta accidentale, 3 da asfissia meccanica da bolo alimentare, 1 da intossicazione da CO, 1 da ferita d'arma bianca accidentale ed 1 da trauma cranico.

Infine nell'anno 2007 i casi inizialmente inseriti sono stati 58, divenuti 18 dei quali in 6 casi si è realizzato il decesso a seguito di ustioni, in 5 casi per precipitazione, 3 casi da asfissia da bolo alimentare, 2 casi da caduta accidentale, 1 caso da elettrocuzione ed uno da carbonizzazione.

In conclusione il campione esaminato per lo studio corrente include 115 casi di decesso per dinamiche legate ad infortuni domestici.

Osservando il numero assoluto rispetto al totale delle morti violente, ovvero rientranti nel novero degli accidenti, suicidi ed omicidi, possiamo affermare che si tratta di una percentuale infinitesimale essendosi rilevati complessivamente non più di 22 casi in un anno e quindi come prima rilevazione possiamo affermare che per lo meno per quanto riguarda il nostro settore l'evento infortunio domestico non costituisce da un punto di vista quantitativo un evento allarmante.

Ciò non equivale a negarne l'importanza dovendosi ritenere anzi che proprio le caratteristiche delle fattispecie riscontrate, tutte legate a fattori prevedibili ed evitabili fa sì che si debbano considerare gli incidenti domestici come eventi da approfondire proprio per poter corrispondervi con una adeguata azione preventiva.

Osservando le singole fattispecie rispetto ai complessivi 115 casi rilevati (v. grafico 2 in appendice) si può notare che le ustioni corrispondono all'evento maggiormente

incidente sulla casistica di accidentalità domestica, con complessivi 34 casi. Come seconda causa più importante si osservano le cadute accidentali, notoriamente prevalenti nella tarda età, con un totale 26 casi. Le precipitazioni accidentali, che spesso risultano difficili da differenziare da quelle suicidarie, costituiscono la terza causa di decesso da infortunio domestico con un totale di 20 casi. La carbonizzazione, evento che segue ad incendi veri e propri del luogo del domicilio è al quarto posto con 15 casi. Seguono le morti da intasamento delle vie aeree da bolo alimentare, prevalenti nella età senile, con 8 casi. Le elettrocuzioni, 5 casi, determinate sempre da comportamenti imprudenti nei confronti di apparecchiature elettriche, rappresentano la settima causa seguita dalla ferita accidentale con mezzo tagliente, trauma cranico e intasamento delle vie aeree da corpo estraneo con 1 caso ciascuna.

Rispetto alle statistiche ufficiali degli infortuni possiamo affermare che i nostri risultati si trovano in linea, con le dovute proporzioni, con l'andamento quantitativo rispetto alla singola causa.

Come è noto infatti, e come è già stato ribadito nella introduzione, ustioni e cadute accidentali prevalgono nella infortunistica domestica.

Per quanto riguarda la differenza per sesso negli infortuni domestici abbiamo rilevato una lieve e non netta

prevalenza del sesso femminile rispetto a quello maschile (grafico 3). La singola tipologia di infortunio ha comunque evidenziato una differenza significativa con netta prevalenza del sesso femminile nelle ustioni, precipitazioni, carbonizzazioni; mentre il sesso maschile ha prevalso nelle cadute nelle elettrocuzioni e nelle intossicazioni da CO (v. grafico 4). Osservando, tuttavia, il numero assoluto di infortuni rispetto al sesso ed ai singoli anni, si evidenzia una lieve prevalenza del sesso femminile solo nel 2002 e nel 2007 (v. grafico 5).

Osservando l'andamento degli infortuni domestici per causa e anno di rilevazione (grafico 6, 7, 8, 9, 10 e 11) si rileva la quasi costante prevalenza delle ustioni, unica eccezione fatta per l'anno 2005, e per le cadute accidentali nel 2003 e nel 2004 e le precipitazioni nel 2002, 2004 e 2007. Costanti appaiono i casi di intossicazione da CO con un caso per anno eccezione fatta per il 2006 anno in cui non vi sono stati casi.

Il gruppo costituito dalle intossicazioni da CO, corpo estraneo, ferita accidentale, trauma cranico, assieme alle elettrocuzioni eccezione fatta per l'anno 2002, è risultato particolarmente raro con una rilevazione annuale soltanto ovvero del tutto assente.

SCHEDA NECROSCOPICHE

Di seguito si riportano le singole schede necroscopiche con i dati rilevati.

Nome e Cognome	M. B.
Età	26 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Il decesso si ritiene sia conseguito all'incendio della baracca in cui il soggetto viveva. Una di tali baracche appariva completamente bruciata. Su una rete metallica presente al suo interno era presente un cadavere che si presentava completamente carbonizzato. Nelle immediate vicinanze del letto era presente una batteria del tipo utilizzato per le autovetture; venivo informato del fatto che tali batterie vengono utilizzate, con le opportune modifiche, come generatori di calore per riscaldamento

Lesività

Arresto cardiocircolatorio in soggetto con carbonizzazione della totalità della superficie corporea;

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

Non rilevati

Nome e Cognome	A. C.
Età	92 anni
Sesso	F
Professione	Casalinga

Circostanze dell'evento

La paziente si procurava accidentalmente le ustioni riportate in data odierna 2/1/03 verso le ore 1.00 a seguito di corto circuito elettrico della termocoperta.

Lesività

Insufficienza cardio-respiratoria terminale in soggetto con estese ustioni della superficie corporea.

Sopravvivenza

Inviata tramite servizio 118 del PS dell'ospedale di Orvieto per le cure del caso. Il 9/2/03 si constata il decesso della paziente.

Dati anamnestici

Non rilevati

Nome e Cognome A.G.

Età 32 anni

Sesso M

Professione ?

Circostanze dell'evento

Soggetto che in data 15 aprile 2003 rimaneva ustionato nell'incendio della baracca in cui viveva.

Lesività

Insufficienza cardio-respiratoria terminale in soggetto con estese ustioni della superficie corporea e complicazioni broncopneumoniche

Sopravvivenza

Trasportato all'ospedale Sant'Eugenio di Roma ove veniva posta diagnosi di "ustione di II e III grado del volto, dorso e braccia" (referto 20775 delle ore 1,57), disposto ricovero ed espressa prognosi "riservata". In data 27 aprile alle ore 8,15 veniva constatato il decesso del soggetto.

Dati anamnestici

Non rilevati

Nome e Cognome E.M.

Età 63

Sesso M

Professione ?

Circostanze dell'evento

Ustioni estese causate da fiamma viva in data 31 maggio 2004.

Lesività

Insufficienza cardio-respiratoria terminale in soggetto con ustioni estese al 40% della superficie corporea.

Sopravvivenza

Trasportato al Pronto Soccorso dell'ospedale di Rieti ove veniva posta diagnosi di "ustione diffusa con carbonizzazione", espressa prognosi riservata e disposto trasferimento presso il centro ustioni dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma. In diaria clinica le condizioni del soggetto all'ingresso al predetto ultimo nosocomio venivano definite "gravi". Il 22 giugno alle ore 12,25 una consulenza rianimatoria evidenzia "... condizioni terminali". Alle ore 14,50 veniva costatato il decesso.

Dati anamnestici

Non rilevati

Nome e Cognome	S. B.
Età	46
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

In data 5 agosto 2004 riportava ustioni a seguito della esplosione di gas all'interno di un appartamento.

Lesività insufficienza cardio-respiratoria terminale in soggetto con ustioni di II e III grado estese all'86% della superficie corporea;

Sopravvivenza

Soccorso veniva trasportato al Pronto Soccorso dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma ove veniva posta diagnosi di "ustione 2-3 grado estesa a tutta la superficie corporea" (ref. n. 2004043742 delle ore 10,14). La prognosi veniva ritenuta riservata. Alle ore 00,45 del 29 agosto 2004 veniva constatato il decesso del paziente.

Dati anamnestici

Ndr

Nome e Cognome	T.D. P.
Età	89
Sesso	F
Professione	Casalinga

Circostanze dell'evento

Soggetto che in data 5 settembre 2004 riportava ustioni mentre bruciava delle sterpaglie poste in prossimità della propria abitazione .

Lesività

Insufficienza cardio-respiratoria terminale in soggetto con ustioni di II e III grado;

Sopravvivenza trasportata al Pronto Soccorso dell'ospedale di Ceprano e, successivamente, presso l'ospedale di Frosinone veniva rilevato "ustioni di 2 e 3° grado al bacino, al tronco, al collo ed al volto". Veniva quindi trasferita presso il S. Eugenio. Alle ore 22,15 del 23 settembre 2004 si constata il decesso.

Dati anamnestici

Arteriosclerosi generalizzata.

Nome e Cognome	A. D. T.
Età	2
Sesso	M
Professione	---

Circostanze dell'evento

Asfissia da "pongo"

Lesività

Asfissia meccanica da corpo estraneo. Insufficienza respiratoria.

Sopravvivenza

Alle ore 00,15 circa del 30 dicembre 2005 la madre richiedeva l'intervento dei soccorsi ed il bimbo veniva trasportato mediante ambulanza del 118 al Pronto Soccorso dell'ospedale San Giovanni di Roma ove giungeva alle ore 00,46. Alle ore 1,30 si sospendono le manovre di rianimazione e si constata la morte.

Dati anamnestici

Interventi cardiocirurgico per un difetto congenito. Inoltre, circa un anno prima, aveva riportato un traumatismo cranico per una caduta da altezza considerevole.

Nome e Cognome	P.M.
Età	60
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Soggetto che cadeva accidentalmente da un albero in data 21 gennaio 2006

Lesività

Trauma cranio encefalico con ematoma sottodurale acuto trattato in via chirurgica ed edema cerebrale

Sopravvivenza

Trasferito presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Tivoli ove veniva posta diagnosi di "politrauma da precipitazione"; Veniva quindi disposto il trasferimento presso il Policlinico Umberto I di Roma. Un esame EEG eseguito in data 23 gennaio evidenziava "... assenza di attività bioelettrica cerebrale sia spontanea che evocata anche a grande amplificazione del segnale ...". Persistendo i parametri di legge per tutto il periodo di osservazione veniva dichiarata la morte del soggetto alle ore 12 del 23 gennaio 2006.

Dati anamnestici

Ndr

Nome e Cognome	R.D.N.
Età	26
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Trattasi di un soggetto di anni 26 che, in data 17 maggio 2006, alle ore 12.00 circa, mentre si trovava nella mansarda della sua abitazione, cadeva rovinosamente a terra a causa dell'oscillazione della sua amaca.

Lesività

Trauma cranio-encefalico.

Sopravvivenza

Il soggetto, nonostante la comparsa e la persistenza di dolore al capo, non riteneva opportuno recarsi in ospedale ed assumeva un antidolorifico, con l'intento di recarvisi il giorno successivo. I familiari, alle ore 7.00 circa del mattino seguente, rinvenivano il Di Nora incosciente, veniva pertanto trasportato dal 118 presso il PS di Formia. Data la gravità del quadro clinico, veniva trasferito presso l'ospedale S. Maria Goretti di Latina. I sanitari, valutate le gravi condizioni cliniche, provvedevano al trasferimento del paziente presso il reparto di terapia intensiva

neurochirurgica del CTO di Roma. In data 27 maggio 2006, alle ore 14.15, si constata il decesso per arresto cardiaco.

Dati anamnestici

Ndr

Nome e Cognome	B.S.
Età	76
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Intasamento vie aeree da bolo alimentare

Lesività

Asfissia meccanica. Insufficienza respiratoria.

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

Parkinson

Nome e Cognome	A.N.D.G.
Età	55
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Trattasi di un soggetto che rimaneva vittima di ustioni in data 19 ottobre 2006 mentre era intento a lavare la macchina con alcool fumando contemporaneamente.

Lesività

Ustioni estese. Insufficienza cardiorespiratoria acuta terminale in soggetto ustionato.

Sopravvivenza

Soccorso, veniva trasportato in ambulanza al Pronto Soccorso dell'ospedale di Formia ove veniva rilevato "insufficienza respiratoria acuta. Ustione del 30%". Veniva espressa prognosi riservata e disposto trasferimento presso l'ospedale Sant'Eugenio di Roma. Alle ore 4,00 del 26 ottobre 2006 veniva constatato il decesso del paziente.

Dati anamnestici

Ndr

Nome e Cognome	G.V.
Età	69
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Soggetto che precipitava da altezza considerevole mentre era intento a riparare una antenna televisiva posta sul tetto della propria abitazione.

Lesività

Politraumatismo corporeo con prevalente estrinsecazione cervicale e toracica.

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

Ndr

Nome e Cognome	F.M.
Età	58
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Soggetto che in data 1 settembre 2007 rimaneva coinvolto in un incidente domestico per scoppio ed incendio di un ambiente saturo di gas riportando ustioni.

Lesività

Insufficienza multiorgano in soggetto con ustioni sul 49% della superficie corporea.

Sopravvivenza Trasportato in ambulanza al Pronto Soccorso dell'ospedale Policlinico Casilino di Roma ove veniva rilevato "ustione di secondo grado per circa il 70% della superficie corporea ...". Veniva espressa prognosi riservata e disposto trasferimento presso il centro ustionati dell'ospedale Sant'Eugenio di Roma.

In data 27 settembre alle ore 8,50 veniva constatato il decesso del soggetto.

Dati anamnestici

Pregresso diabete in trattamento insulinico.

Nome e Cognome	L.A.
Età	37
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Accusava un malore mentre consumava un pasto.

Lesività

In relazione a quanto emerge dagli atti e, in particolare, al rinvenimento di un bolo alimentare a livello dell'orofaringe, si può ritenere il decesso del soggetto risulta compatibile con una asfissia meccanica da ostruzione interna delle vie aeree superiori.

Sopravvivenza

Soccorso veniva trasportata presso il posto di Primo Intervento di Casal Bernocchi .

Alle ore 13,15 venivano sospese le operazioni di rianimazione e constatato il decesso.

Dati anamnestici

Soggetto affetto da patologia psichica (psicosi di innesto, schizofrenia di tipo ebefrenico in soggetto con oligofrenia di grado medio).

Nome e Cognome	G.A.A.
Età	69
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustioni da fiamma diretta

Lesività

Insufficienza cardio-circolatoria acuta in soggetto con ustioni di secondo e terzo grado al volto ed agli arti.

Sopravvivenza

2 giorni

Dati anamnestici

Ndr

Nome e Cognome	G.S.
Età	79
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Soggetto che in data 10 agosto 2007 precipitava da un muretto prospiciente la carreggiata su cui stava tagliando dell'erba.

Lesività

Insufficienza cardio-circolatoria terminale in soggetto con grave trauma cranio encefalico.

Sopravvivenza

Soccorso e trasportato in ambulanza presso l'ospedale di Fiuggi ove veniva posta diagnosi di "emorragia sub-aracnoidea fronto-parietale sx, frattura clavicola sx, frattura composta 5 e 6 costa sx, minima falda di versamento pleurico sx. infrazione della metafisi omerale prossimale sx" per cui veniva espressa prognosi riservata e disposto il trasferimento presso il Policlinico Umberto I di Roma. In data 23 agosto 2007 alle ore 4,30 veniva registrato il decesso.

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	I.R.
Età	78
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Trattasi di un soggetto che presentava ustioni dovute ad un incendio sviluppatosi in ambiente domestico per cause accidentali.

Lesività

Ipertermia a carico delle strutture encefaliche in un soggetto con carbonizzazione dei tessuti epicranici.

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	S.D.A.
Età	52
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Intasamento vie aeree da bolo alimentare.

Lesività

Asfissia meccanica. Insufficienza respiratoria.

Sopravvivenza

Soccorso e trasportato in ambulanza presso l'ospedale di Roma G. Vannini giungeva in stato di arresto cardiorespiratorio.

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.D.S.
Età	63 anni
Sesso	F
Professione	Casalinga

Circostanze dell'evento

Precipitata da una finestra della sua abitazione sita al terzo piano di un edificio la mattina del 3.07.2007 verso le ore 7.00 a seguito di un malore, come riferito da testimoni.

Lesività

Politrauma. Insufficienza cardio-respiratoria.

Sopravvivenza

Trasportata presso il pronto soccorso del Policlinico Casilino (cartella n. 28917/07), veniva trasferita in urgenza presso il Reparto di Rianimazione di quel nosocomio. Nonostante il protocollo terapeutico instaurato, le condizioni generali tendevano ulteriormente a peggiorare sino al decesso constatato alle ore 13.50 di quella stessa giornata, 3.07.2007.

Dati anamnestici

Pz affetta da depressione, diabete mellito.

Nome e Cognome	M.R.
Età	44 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione per caduta accidentale

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.G.
Età	38 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione per caduta accidentale

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	L.A.
Età	22 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione per caduta accidentale

Lesività

Trauma cranico encefalico e toracico

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.G.
Età	70 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Intossicazione da Co avvenuta accidentalmente in casa

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria

Sopravvivenza

Non rilevabile

Dati anamnestici

Rilievi tipici dell'età

Nome e Cognome	C.F.R.
Età	2 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta del televisore verificatasi in ambiente domestico

Lesività

Trauma cranico encefalico

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	S.M.
Età	78
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione avvenuta in casa

Lesività

Carbonizzazione da azione di fiamma

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	S.S.
Età	77 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionato per lo scoppio di una bombola di gas

Lesività

Ustioni di vario grado estese al 93% della superficie corporea

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.V.
Età	67 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionato in ambiente domestico

Lesività

Ustioni di II e III grado oltre il 70% della superficie corporea

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	NN. SM.
Età	28
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Elettrocuzione con precipitazione mentre eseguiva un lavoro in casa di amici

Lesività

Trauma contusivo polidistrettuale con emoperitoneo ed emorragie meningoencefaliche in elettrocuzione

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	O.A.V.
Età	86 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionato in ambiente domestico

Lesività

Ustioni di II e III grado da azione di fiamma estese al 25% della superficie corporea

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	A.G.J.
Età	4
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Elettrocuzione in ambiente domestico

Lesività

Arresto cardio-respiratorio

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.G.
Età	67 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Asfissia da bolo alimentare avvenuto in casa di cura

Lesività

Asfissia meccanica da occlusione dell'interno del laringe

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.M.
Età	92 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Asfissia da bolo alimentare avvenuto in casa di cura

Lesività

Asfissia da intasamento delle vie aeree

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.M.
Età	76 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione avvenuta in casa di cura

Lesività

Trauma contusivo fratturativo polidistrettuale

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	V.M.D.
Età	84 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionato in ambiente domestico

Lesività

Ustioni da fiamma di III grado interessanti il 19% della superficie corporea

Sopravvivenza

Deceduto dopo quattro giorni di degenza ospedaliera

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	I.S.V.
Età	36 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzato in ambiente domestico

Lesività

Carbonizzazione

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	G.G.
Età	68 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione per caduta accidentale dal I piano

Lesività

Trauma cranio encefalico

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.O.
Età	78 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale per le scale del condominio

Lesività

Trauma contusivo cranio encefalico

Sopravvivenza

Deceduto dopo 2 giorni di degenza ospedaliera

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	A.M.
Età	67 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Intossicazioni da CO avvenuta in ambiente domestico

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	R.M.
Età	69 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionata in ambiente domestico

Lesività

Ustioni da fiamma di II e III grado estese ad oltre il 50% della superficie corporea

Sopravvivenza

Deceduta dopo 2 giorni di degenza ospedaliera

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	O.D.
Età	57 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione in stato di ubriachezza verificatasi in ambiente domestico

Lesività

Contusioni e fratture multiple da precipitazione

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.L.
Età	17 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione avvenuta in un campo nomadi

Lesività

Carbonizzazione da azione di fiamma

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	T.S.
Età	16 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione in ambiente domestico

Lesività

Carbonizzazione da azione di fiamma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	N.S.G.
Età	26
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionato in ambiente domestico

Lesività

Ustioni da fiamma di II e III grado estese al 75% della superficie corporea

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	Z.D.M.
Età	59 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionata in ambiente domestico in seguito alla caduta di una candela

Lesività

Ustionata

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	R.T.
Età	78 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento
Incendio di appartamento

Lesività
Carbonizzazione

Sopravvivenza
Nulla

Dati anamnestici
ndr

Nome e Cognome	B.O.
Età	76 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento
Incendio di appartamento

Lesività
Carbonizzazione

Sopravvivenza
Nulla

Dati anamnestici
ndr

Nome e Cognome	I.I.
Età	74
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Malore seguito da una caduta accidentale verificatasi in ambiente domestico

Lesività

Arresto cardio-respiratoria acuto secondaria ad emorragia subdurale post-traumatica

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.G.
Età	37 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Incendio in baracca

Lesività

Intossicazione esogena da inalazione di fumi

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	N.S.
Età	22 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Incendio in baracca

Lesività

Intossicazione esogena da inalazione di fumi

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	G.C.
Età	28 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Incendio in baracca

Lesività

Intossicazione esogena da inalazione di fumi

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.R.
Età	36 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale

Lesività

Trauma cranico fratturativo con emorragia epidurale destra

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.S.
Età	9 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustionata in seguito all'utilizzo dei fornelli da cucina

Lesività

Ustioni di II e III grado interessanti il 40% della superficie corporea da azione di fiamma

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.M.
Età	39 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale

Lesività

Shock ipovolemico da rottura della milza in grande trauma contusivo fratturativo

Sopravvivenza

Deceduto dopo qualche ora

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	B.B.
Età	75 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale per le scale di casa

Lesività

Grande trauma contusivo fratturativo multidistrettuale

Sopravvivenza

Deceduta dopo 1 giorno di degenza ospedaliera

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.L.
Età	80 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Incendio di termocoperta

Lesività

Lesioni da ustioni di II e III grado interessanti il 40% della superficie corporea

Sopravvivenza

Deceduta dopo 2 giorni di degenza ospedaliera

Dati anamnestici

Nome e Cognome	T.R.
Età	54 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Recisione dell'arteria radiale in seguito alla rottura del vetro di una finestra

Lesività

Shock emorragico secondario a recisione traumatica dell'arteria radiale destra

Sopravvivenza

Deceduta dopo qualche ora

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.F.
Età	62
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Incendio di appartamento

Lesività

Intossicazione esogena acuta da CO

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.M.
Età	83 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale mentre stendeva i panni

Lesività

Grande traumatismo contusivo fratturativo multidistrettuale

Sopravvivenza

Deceduta dopo 2 giorni di degenza ospedaliera

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	F.G.
Età	85
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Incendi di appartamento

Lesività

Ustione di II e III grado estesa a circa il 40% della superficie corporea

Sopravvivenza

Deceduta dopo 1 giorno

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.A.M.
Età	67 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione da una finestra dello stabile situata ad un'altezza di circa 15 metri

Lesività

Grande traumatismo

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.B.N.
Età	91 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Infortunio in casa occorso tre giorni prima del ricovero

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria terminale in soggetto ustionato

Sopravvivenza

3 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.M.
Età	49 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello in seguito ad un malore

Lesività

Grande traumatismo

Sopravvivenza

Deceduta dopo 2 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	S.G.
Età	82 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Esplosione di bombola a gas

Lesività

Scompenso cardio-respiratorio terminale in soggetto ustionato

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	D.A. F.
Età	60 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello in seguito ad un malore

Lesività

Trauma cranico-encefalico

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.V.
Età	66 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale da circa 6 metri in ambiente domestico

Lesività

Insufficienza cardio-respiratoria terminale da grande traumatismo

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	I.M.
Età	79
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Intasamento alimentare

Lesività

Insufficienza cardio-respiratoria acuta

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

Cardiopatía sclerotica

Nome e Cognome	C.M.
Età	47
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello in seguito ad un malore

Lesività

Trauma cranico encefalico

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.G.
Età	69 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Scoppio della caldaia del termocamino con crollo delle strutture murarie avvenuto il 17/01/2002

Lesività

Ustioni di I, II e III grado agli arti superiori e inferiori, al volto, con trauma cranico e contusioni arti superiori e inferiori

Sopravvivenza

Degenza ospedaliera con decesso avvenuto il 23/02/2002 per insufficienza cardio respiratoria

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	B.M.
Età	43 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Elettrocuzione in casa mentre maneggiava un phon.

Lesività

Marchi elettrici multipli mani e regione pettorale. Insufficienza cardio-respiratoria.

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.A.
Età	73 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Scivolava tra le fiamme mentre governava il fuoco del camino in data 23/01/2003

Lesività

Ustioni di II e III grado al volto, al torace, all'addome, alla cosce, arti superiori e inferiori interessanti il 34% della superficie corporea

Sopravvivenza

Decesso avvenuto il 17/02/2003

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.E.
Età	40-45 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale in casa mentre si trovava sulla scala in data 14/12/2005

Lesività

Trauma cranico fratturativo ed emorragico, chirurgicamente trattato

Sopravvivenza

Decesso avvenuto il 17/12/2005 per arresto cardiorespiratorio

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.A.
Età	75 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma con fratture multiple

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	A.C.
Età	4 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione in seguito ad incendio in campo nomadi

Lesività

Carbonizzazione

Sopravvivenza

Decesso avvenuto il 17/02/2003

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	A.J.
Età	3 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.N.
Età	36 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione

Lesività

Carbonizzazione

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.A.
Età	76 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma cranio-toraco-addominale

Sopravvivenza

1 giorno

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	G.T.
Età	86 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	N.G.
Età	55 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Ustione con parziale carbonizzazione

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	D.B.A.
Età	67 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria in soggetto ustionato da fiamma per infortunio domestico

Sopravvivenza

Ustionata da fiamma il 17.07.03 e deceduta in ospedale il 2.8.03.

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	R.V.
Età	78 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale su porta vetrata

Lesività

Shock ipovolemico da ferita da taglio che ha reciso l'arteria omerale sinistra

Sopravvivenza

Deceduta dopo qualche ora

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	D.M.
Età	72 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Deceduta in seguito ad azioni da fiamma nel proprio domicilio e successiva precipitazione

Lesività

Emorragia cerebrale

Sopravvivenza

Ricoverata in nosocomio i sanitari tentavano intervento a livello del cranio

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	E.A.
Età	2 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitato accidentalmente dal II° piano

Lesività

Trauma cranio encefalico –precipitazione accidentale dal II° piano

Sopravvivenza

Nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	Z.P.
Età	66 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione da azione di fiamma

Lesività

Carbonizzazione di tutto il corpo

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	G.M.
Età	45 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Incendio di appartamento

Lesività

Intossicazione da CO

Sopravvivenza

Decesso avvenuto il 17/02/2003

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.D.
Età	75 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Ustioni di III interessanti il 31% della superficie corporea

Sopravvivenza

Deceduto dopo 2 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.A.
Età	80 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria in soggetto ustionato

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	N.E.
Età	88 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale

Lesività

Emorragia subdurale

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.M.
Età	49 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Ustioni di III grado interessanti il 70% della superficie corporea

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	B.M.D.
Età	42 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Elettrocuzione

Lesività

Insuff. cardiorespiratoria

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	S.R.
Età	56 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria in soggetto ustionato

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	R.V.
Età	82 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria in soggetto con ustioni di IV grado in tutto il corpo

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.G.
Età	68 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.P.
Età	67 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta per le scale

Lesività

Emorragia a focolai contusivi multipli meningo encefalici

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	G.M.
Età	70 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	B.Z.R.
Età	48 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Elettrocuzione

Lesività

Arresto cardiorespiratorio in seguito a shock

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P R
Età	53 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale

Lesività

Trauma cranico-encefalico emorragia cerebrale

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.E.
Età	48 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma con emorragia cranica

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	F.V.
Età	62 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale

Lesività

Emorragia subaracnoidea

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	D.T.S.
Età	18 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Shock traumatico in politraumatizzato

Sopravvivenza

Deceduto dopo 1 giorno

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	S.L.
Età	59 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta accidentale

Lesività

Insuff. cardiorespiratoria con trauma cranico

Sopravvivenza

Deceduto dopo 2 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	M.F.
Età	81 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Bolo alimentare

Lesività

Asfissia meccanica

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	NN. SF.
Età	27 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Ustioni di II e III interessanti il 18% della superficie corporea

Sopravvivenza

Deceduta dopo 2 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.P.F.
Età	35 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione

Lesività

Carbonizzazione

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	R.S.
Età	55 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Ustione da azione di fiamma

Lesività

Ustioni di II e III grado al volto, al torace, arti superiori e inferiori.

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	R.A.M.
Età	77 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta in casa circa sei mesi prima

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria

Sopravvivenza

6 mesi

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	F.A.
Età	69 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	A.S.
Età	59 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	D.T.A.
Età	82 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	F.M.L.
Età	68 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Precipitazione

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

Deceduto dopo 4 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	P.P.
Età	83 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

Deceduta dopo 2 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	Z.A.
Età	66 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta per le scale

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria in paziente politraumatizzata

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	G.M.G.
Età	82 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Caduta da livello

Lesività

Politrauma

Sopravvivenza

Deceduta dopo 4 giorni

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	NN. SF.
Età	ca. 40 anni
Sesso	F
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione da azione di fiamma

Lesività

Carbonizzazione

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.A.
Età	63 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Carbonizzazione da incendio di appartamento

Lesività

Insufficienza cardiorespiratoria

Sopravvivenza

nulla

Dati anamnestici

ndr

Nome e Cognome	C.T.
Età	56 anni
Sesso	M
Professione	?

Circostanze dell'evento

Rinvenuto cadavere sul letto

Lesività

Ustioni da azione di fiamma

Sopravvivenza

Non rilevabile

Dati anamnestici

ndr

SINTESI DELLE SCHEDE NECROSCOPICHE

Dall'esame delle schede necroscopiche anzi riportate si evince che, per quanto concerne i decessi per ustioni, essi si verificano per lo più da contatti diretti con la fiamma determinati o da manipolazioni di camini, o da eccessiva vicinanza a fornelli accesi, o da incendi scoppiati accidentalmente nell'appartamento. Si rileva comunque un discreto numero di casi dovuti ad esplosione della bombola a gas così come da scoppio della termocaldaia e da malfunzionamento della termocoperta.

In un caso si è verificata la caduta accidentale di una candela; in un altro caso il soggetto era intento a bruciare sterpaglie nel proprio giardino ed in un ulteriore la persona lavava la propria auto in garage con alcool mentre era intento a fumare.

Abbiamo incluso anche una morte per incendio in una baracca, essendo questo l'ambiente di vita del defunto. Per quanto riguarda l'età vi è un'ampia variabilità dalla giovane età adulta fino a quella avanzata; mentre non si può parlare di una prevalenza reale di sesso. Nella prima infanzia abbiamo rilevato soltanto un caso di una bambina di 9 anni intenta a giocare con i fornelli della cucina. Va comunque rilevato che l'età a partire dalla quale il numero dei casi diventa consistente è di circa 55 anni.

Ciò potrebbe far rientrare l'incidente nell'ambito di imprudenze dovute ad eccessiva sicurezza di sé tipica dell'età adulta,

ovvero ad incertezze nella manipolazione di oggetti infiammabili più caratteristica dell'età anziana (grafico 12).

Per quanto concerne i decessi per precipitazione, anche in questa casistica si osserva una certa variabilità per quanto concerne l'età. Non si sono osservati casi sotto la seconda decade di vita, e sono prevalsi i casi di soggetti con oltre 60 anni. Si sono avuti soltanto due casi di caduta accidentale nei bambini in prima infanzia (2 e 3 anni). Anche in questa casistica non si è rilevato il prevalere di un sesso su un altro.

Si sono trattate per lo più di cadute accidentali dovute ad imprudenze nello sporgersi da luoghi collocati in alto, come ad esempio stendere i panni o aggiustare antenne della televisione. Non sono mancati casi che si sono verificati a causa di malori o di stati di ubriachezza.

Per quanto concerne le cadute accidentali si è osservata una prevalenza del sesso femminile ed una discreta presenza della III e IV decade seguita dalla VII. Si tratta per lo più di cadute da scale su cui si eseguivano piccoli lavori, ovvero da scale condominiali o presenti in casa, anche se non sono mancati eventi seguiti a malore. Infine, in un caso il soggetto è caduto da un albero del proprio giardino, in un altro il giovane è caduto da una amaca in mansarda ed in un altro ancora un anziano curava le piante sporgendosi eccessivamente.

I casi di decesso dovuti a carbonizzazione vedono una prevalenza del sesso maschile, mentre l'età è piuttosto variabile, essendo presenti anche casi della II decade (16-17

anni) ed un caso di un bambino di 4 anni. I casi di età più giovane si sono verificati in buona parte a seguito di incendi scoppiati in campo nomadi ed uno in una baracca, mentre gli altri sono stati determinati da incendi scoppiati in casa.

A seguito di incendi si sono avute anche morti da intossicazione da CO verificatesi sia in casa che in un caso in una baracca anche se nei restanti casi si è trattato di malfunzionamenti di stufe.

Per quanto concerne le morti da bolo alimentare i pochi casi rilevati hanno riguardato essenzialmente persone con anamnesi positiva per problemi psichiatrici (psicosi, schizofrenia) ovvero malattie degenerative (Morbo di Parkinson) e comunque soggetti che vivevano in modo residenziale presso case di cura.

Per quanto riguarda l'età, l'intasamento da bolo alimentare prevale nell'anziano ma non risparmia anche soggetti più giovani affetti da disturbi psicotici.

Le morti da elettrocuzione hanno riguardato tre casi di soggetti di poco più di 40 anni che manovravano in modo imprudente attrezzature elettriche ed un solo caso di un bambino di 4 anni che incautamente giocava in prossimità di una presa di corrente.

L'asfissia meccanica da corpo estraneo ha determinato la morte soltanto in un caso di un bambino di 2 anni che giocava con il pongo, mentre è stato rilevato soltanto un caso di trauma

cranico di una bambina di 2 anni per caduta accidentale di un televisore.

Infine sono stati rilevati due casi di ferita da taglio accidentali da vetro, in un caso un soggetto di 54 anni a seguito della rottura di un vetro di una finestra ha subito la recisione di una arteria radiale ed in un altro una donna di 78 anni è caduta su una porta finestra il cui vetro si è frantumato recidendole una arteria omerale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Da quanto appena sintetizzato si evince come gli infortuni domestici effettivamente riguardano in buona parte persone di età che supera la VII decade per quanto concerne le principali cause, ma in generale sono rappresentate in tutte le cause, mentre la I decade di vita risulta interessata essenzialmente da infortuni legati a situazioni di gioco da cui ingestione di corpi estranei, elettrocuzioni, ustioni da fornelli a gas, e rari casi di precipitazione o cadute accidentali.

Dai dati si rileva la assoluta rarità dei casi coinvolgenti la II decade di età (2 carbonizzati) così come la III decade risulta poco coinvolta ed essenzialmente nelle ustioni, carbonizzazioni ed intossicazioni da CO, mentre si è osservato un solo decesso da caduta. Anche i trentenni sono poco rappresentati con qualche caso in ciascuna fattispecie.

Particolarmente rappresentata è comunque risultata la fascia di età che va dai 45 ai 70 anni, meno osservata nelle statistiche ufficiali riguardanti gli infortuni invalidanti.

Questi dati corroborano la tesi per cui l'eccesso di confidenza conduce ad una maggior imprudenza nel muoversi in casa e con gli oggetti presenti in essa. Tale caratteristica è più frequente in persone con oltre 45 anni che, verosimilmente rischiano maggiormente infortuni domestici anche a causa della stanchezza dovuta agli impegni lavorativi ed organizzativi quotidiani, e che spesso si ritrovano a compiere diverse azioni

contemporaneamente favorendo in questo modo l'errore per distrazione.

Si tratta di un continuo incrocio fra molteplici mansioni in un lavoro che non conosce limitazioni d'orario o giorni di riposo e se a ciò si aggiunge la riduzione di *performance* dovuta alla fretta e alla ripetitività, si comprende il picco di incidenza del fenomeno infortunistico e la potenziale pericolosità dell'impiego degli utensili e delle suppellettili più semplici. Negli uomini si osservano eventi dalle conseguenze mediamente meno gravi tuttavia molto diffusi quelli causati da prodotti e strumenti utilizzati nel "fai da te". Nei bambini gli incidenti più gravi sono rappresentati da soffocamento per ingestione di corpi estranei o inalazione di sostanze tossiche e ustioni. Negli anziani gli incidenti più frequenti sono le cadute, causate dalla fragilità e dalla lentezza dei riflessi tipici dell'età senile, temuti per le possibili conseguenze invalidanti e per la possibile perdita dell'autonomia.

I nostri risultati sono in linea con quanto affermato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)¹⁰ secondo la quale gli incidenti domestici sono un'importante causa di morte dei bambini, questo spiega come il fenomeno rappresenti un problema complesso per la sanità pubblica. Ma quali le insidie e

¹⁰ WHO – UNICEF: World report on child injury prevention edited by Margie Peden et al., ISBN 978 92 4 156357 4 (NLM classification: WA 250) © World Health Organization 2008.
www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/index.html

gli incidenti più comuni che avvengono fra le mura domestiche? Prima di tutto la qualità del sistema abitativo, generalmente molto bassa: i problemi più evidenti riguardano le infiltrazioni e le perdite d'acqua (specialmente al Sud, dove un quarto delle case ha questo tipo di problemi), le caratteristiche dei prodotti che entrano in casa (elettrodomestici e detersivi), i comportamenti individuali che mettono a rischio anche terze persone (dimenticare le pentole sul fuoco acceso, utilizzare apparecchi elettrici in presenza di acqua, spegnere elettrodomestici tirando il filo della presa, lasciare il gas o i rubinetti dell'acqua aperti). Rischi poi esistono anche per la mancata manutenzione degli impianti presenti in casa (caldaia, tubo del gas, e condutture) e quelli che avvengono per l'esposizione a tre tipi di rischi: chimici (esposizione a monossido di carbonio, fumo di tabacco, antiparassitari, detersivi e medicinali), fisici (microclima come temperatura, illuminazione, aerazione e rumore), esposizione a campi magnetici e al radon (gas radioattivo e cancerogeno presente nelle zone dove si usano materiali da costruzione di origine vulcanica) e biologici (gli allergeni come acari, animali domestici, funghi e batteri).

"Disabilità, sofferenza, calo della produttività sono alcuni degli aspetti legati agli incidenti domestici - spiega l'Oms - e non risparmiano nessuna fascia d'età. Da non sottovalutare, poi, l'aspetto sociale legato all'impatto psicologico che questo tipo di infortuni ha sulla popolazione che considera la casa il luogo

sicuro per eccellenza".

Rispetto a quanto emerge dalle statistiche ufficiali possiamo notare che i casi da noi riportati non mostrano una prevalenza della fascia dell'infanzia e di quella oltre gli ottanta anni, essendo ben rappresentati le fasce di età dai 50 ai 75 anni. E' possibile ipotizzare che i bambini e gli anziani di età avanzata, per la condizione di poca libertà di movimento e di sorveglianza nel primo caso, di condizioni di disabilità e di sorveglianza nel secondo, pur essendo maggiormente soggetti ad infortuni in termini assoluti rispetto alla restante popolazione, le imprudenze compiute non sono di particolare gravità, ovvero tali da condurre al decesso.

Al contrario, soggetti di età intermedia sono maggiormente indotti a compiere atti con maggiore potenziale lesivo, ovvero, come già detto in precedenza, si trovano in condizioni di stress da iperattività e, quindi, commettono errori di distrazione a causa anche della ripetitività degli stessi, che comportano rischi mortali.

In altre parole, mentre l'infortunistica è maggiormente rappresentata dalle fasce di età estreme, il decesso per incidente domestico si verifica per lo più nelle fasce intermedie. Purtroppo i dati a nostra disposizione non danno indicazioni rilevanti circa la professione delle persone decedute in quanto questa non emerge né dalle schede ISTAT e nemmeno dalla

consultazione delle cartelle cliniche, e, comunque, non viene comunemente riportata nelle relazioni necroscopiche.

Per quanto concerne la sopravvivenza, la numerosità relativamente scarsa dei casi in cui vi è stata sopravvivenza, concernente per lo più gli incidenti seguiti a caduta o a ustioni, conferma l'ipotesi della gravità degli incidenti subiti da soggetti ancora validi e prestanti. Allo stesso modo la gravità dei quadri lesivi riscontrati corrobora tale affermazione. Si tratta di disattenzioni in situazioni di potenziale pericolo (cadute da livello), ovvero nello spostamento in casa (cadute in casa, caduta dalle scale in casa o nel palazzo, ferite da arma da taglio per rotture da urto di vetri di porte o finestre), nell'imprudenza di dedicarsi a lavori non di propria competenza (caduta da scale posizionate da lavoro in casa, riparazioni di elettrodomestici con conseguente elettrocuzione), nell'eccessiva confidenza nel manovrare fuochi di camino o di fornelli. Certamente non mancano casi in cui le patologie preesistenti hanno svolto un ruolo centrale come nelle morti da bolo alimentare in soggetti psichicamente labili, ovvero precipitazioni seguite a malori. Allo stesso modo in diversi casi si è trattato di un fatto del tutto indipendente dalla vittima oppure legati a cattiva manutenzione (scoppio di bombole a gas, malfunzionamenti di termocoperte).

Infine, non va trascurato il dato, anche se non ingente numericamente, di situazioni legate alla precarietà del luogo di

abitazione, come gli incendi o le intossicazioni da CO verificatesi nei campi nomadi.

Leggi di riferimento

Legge 3 dicembre 1999, n.493 *“Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell’assicurazione contro gli infortuni domestici”*

D.M. 15 settembre 2000 *“Modalità di attuazione dell’assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico”*

D.M. 15 settembre 2000 *“Assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico. Individuazione dei requisiti delle persone soggette all’obbligo assicurativo”*

D.M. 31 gennaio 2006 *“Estensione dell’assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico ai casi di infortunio mortale”*

APPENDICE

INFORTUNI DOMESTICI per causa e anno di rilevazione

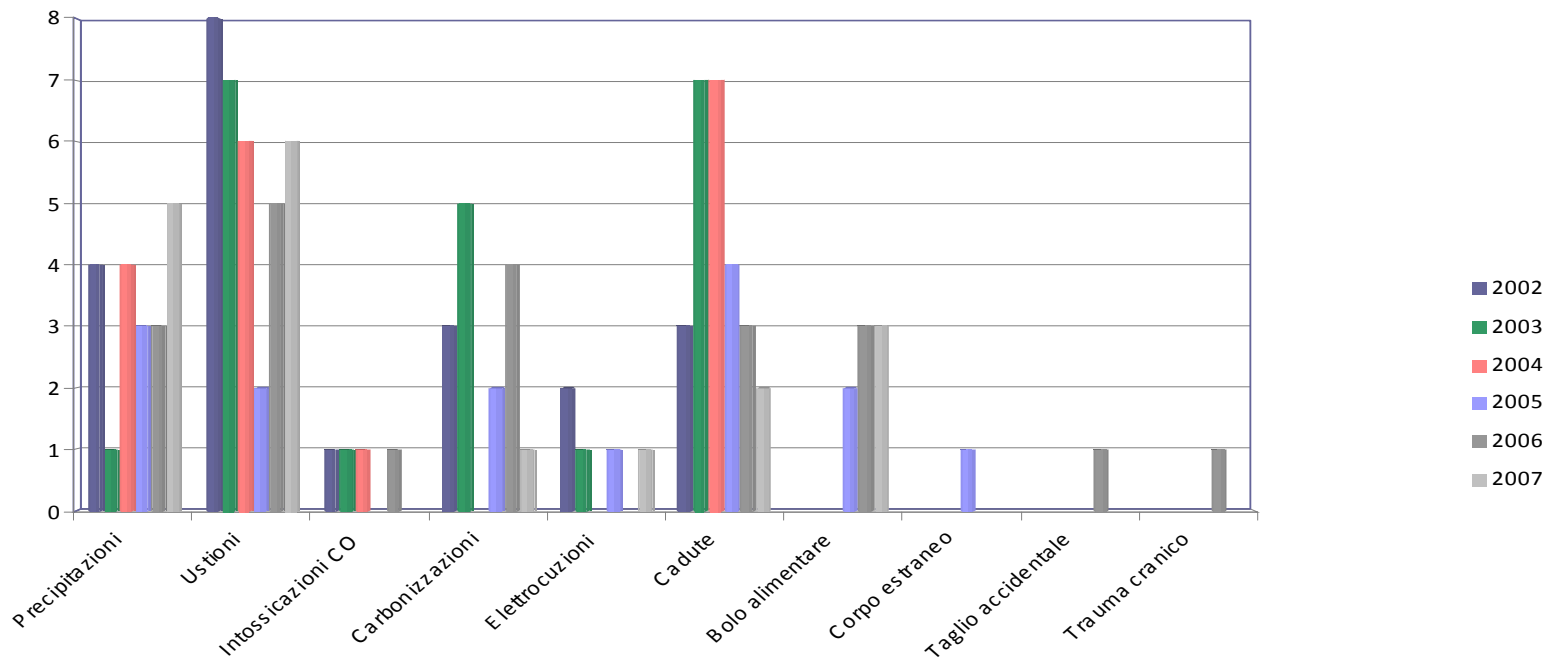


Grafico1

INFORTUNI DOMESTICI per causa

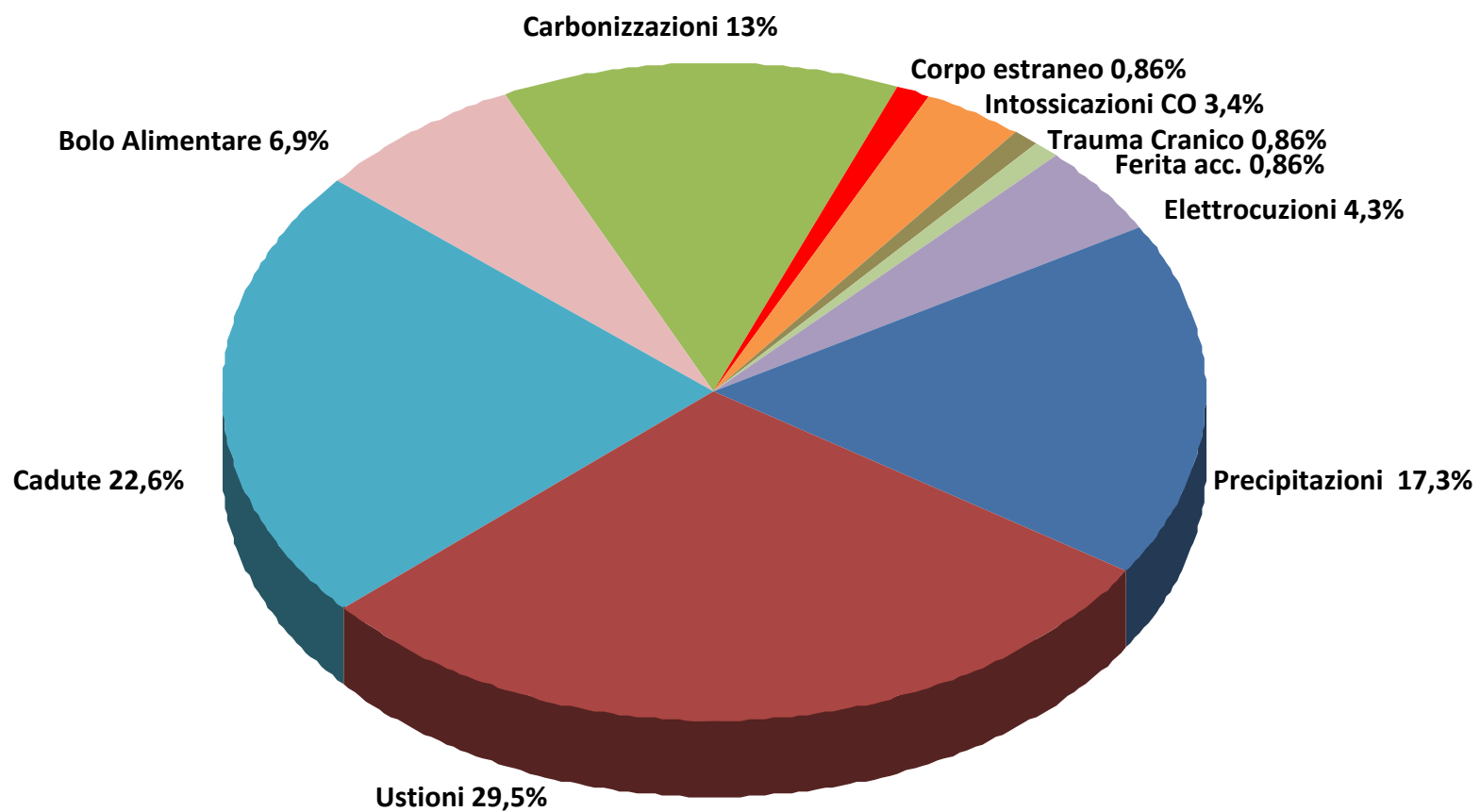


Grafico 2

Infortuni domestici per sesso dall'anno 2002 al 2007

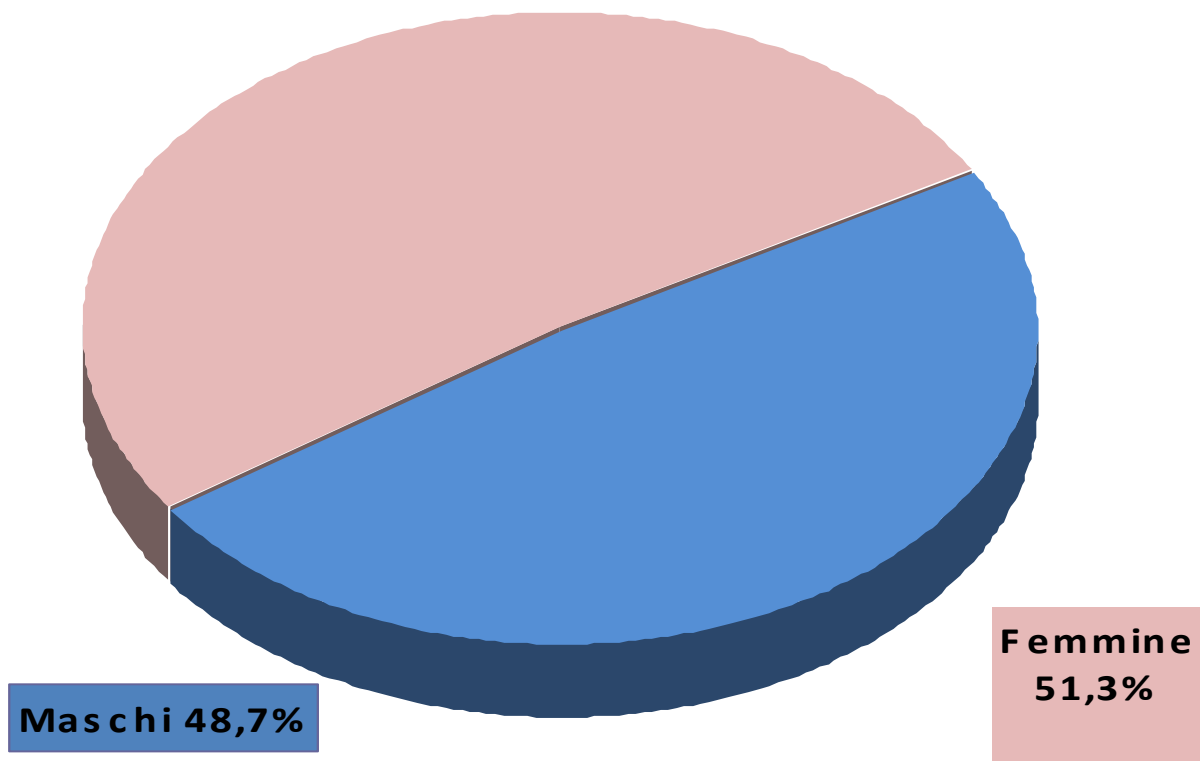


Grafico 3

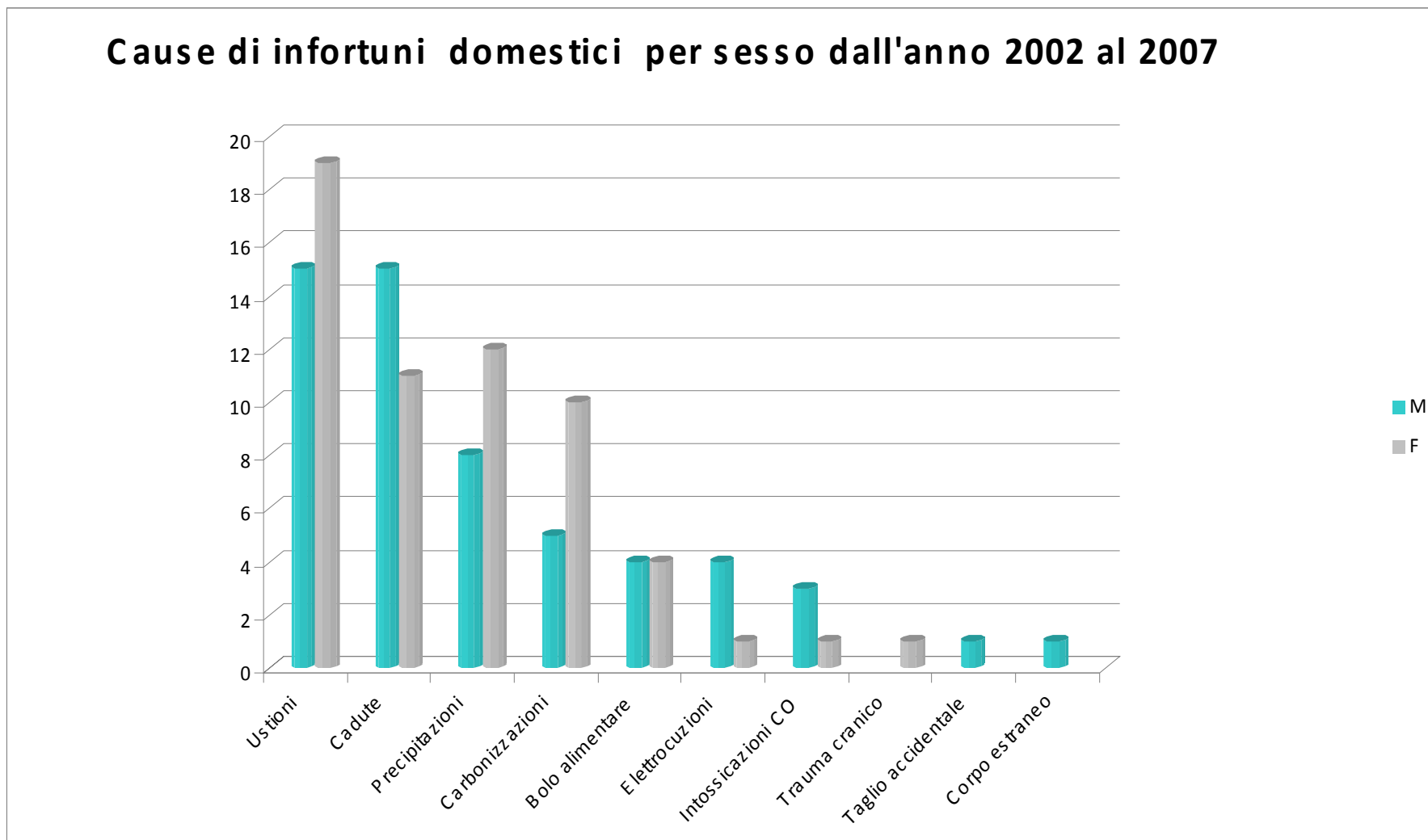


Grafico 4

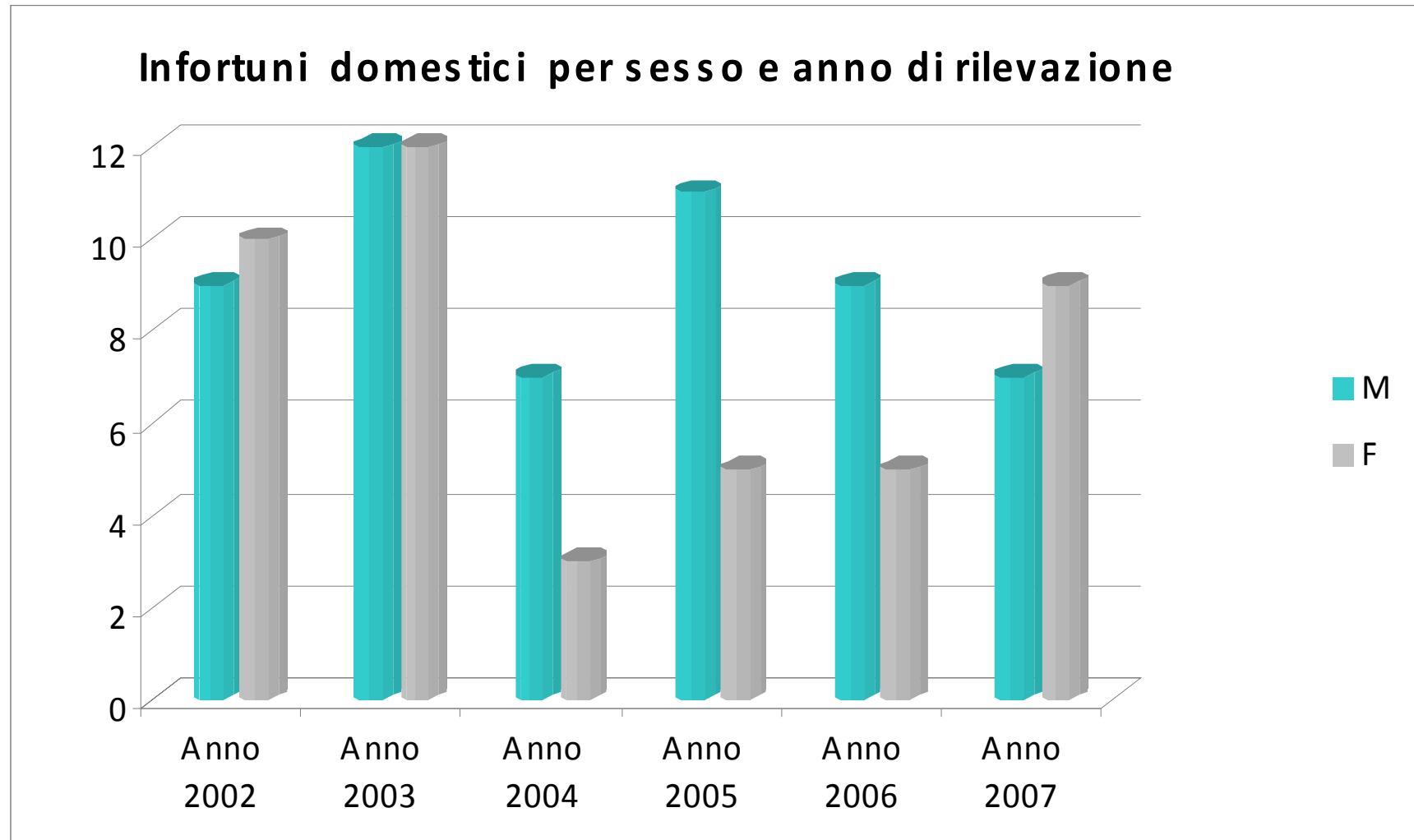


Grafico 5

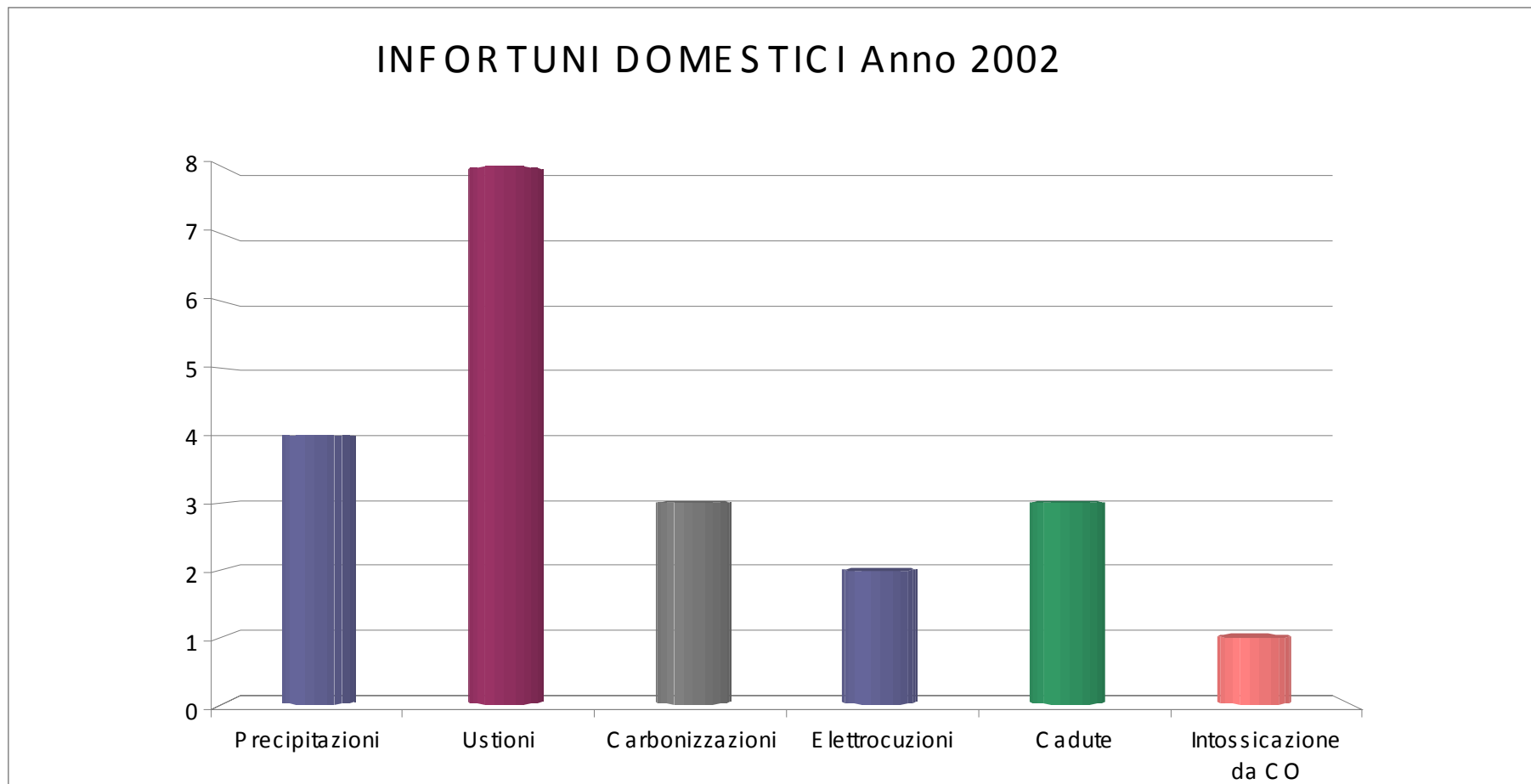


Grafico 6

INFORTUNI DOMESTICI Anno 2003

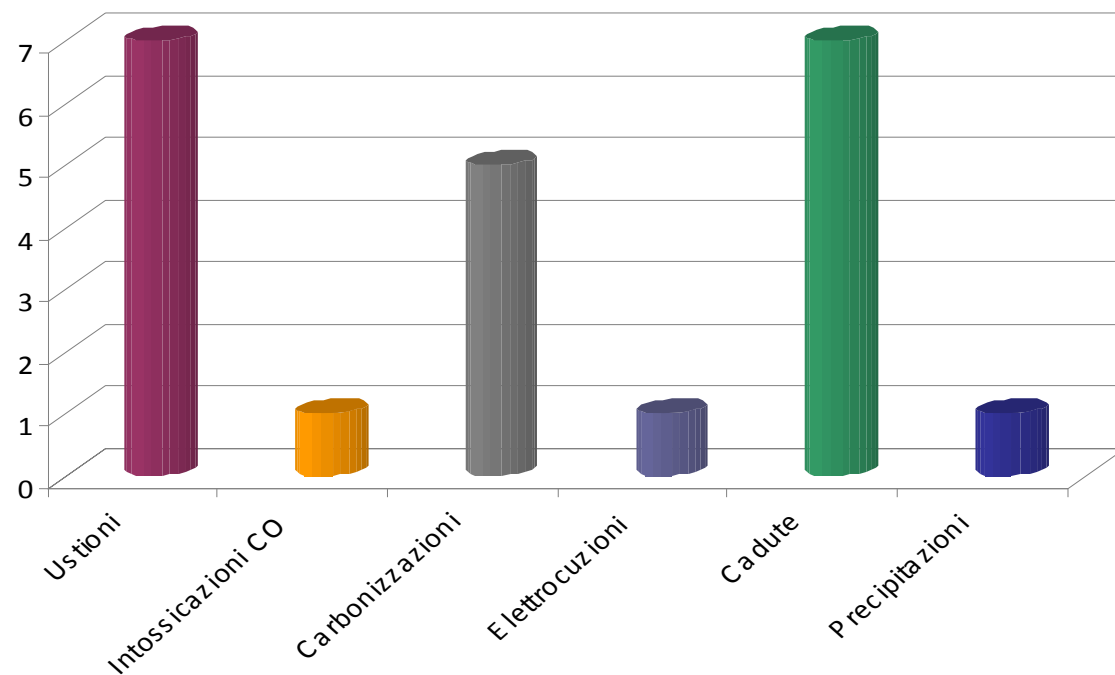


Grafico 7

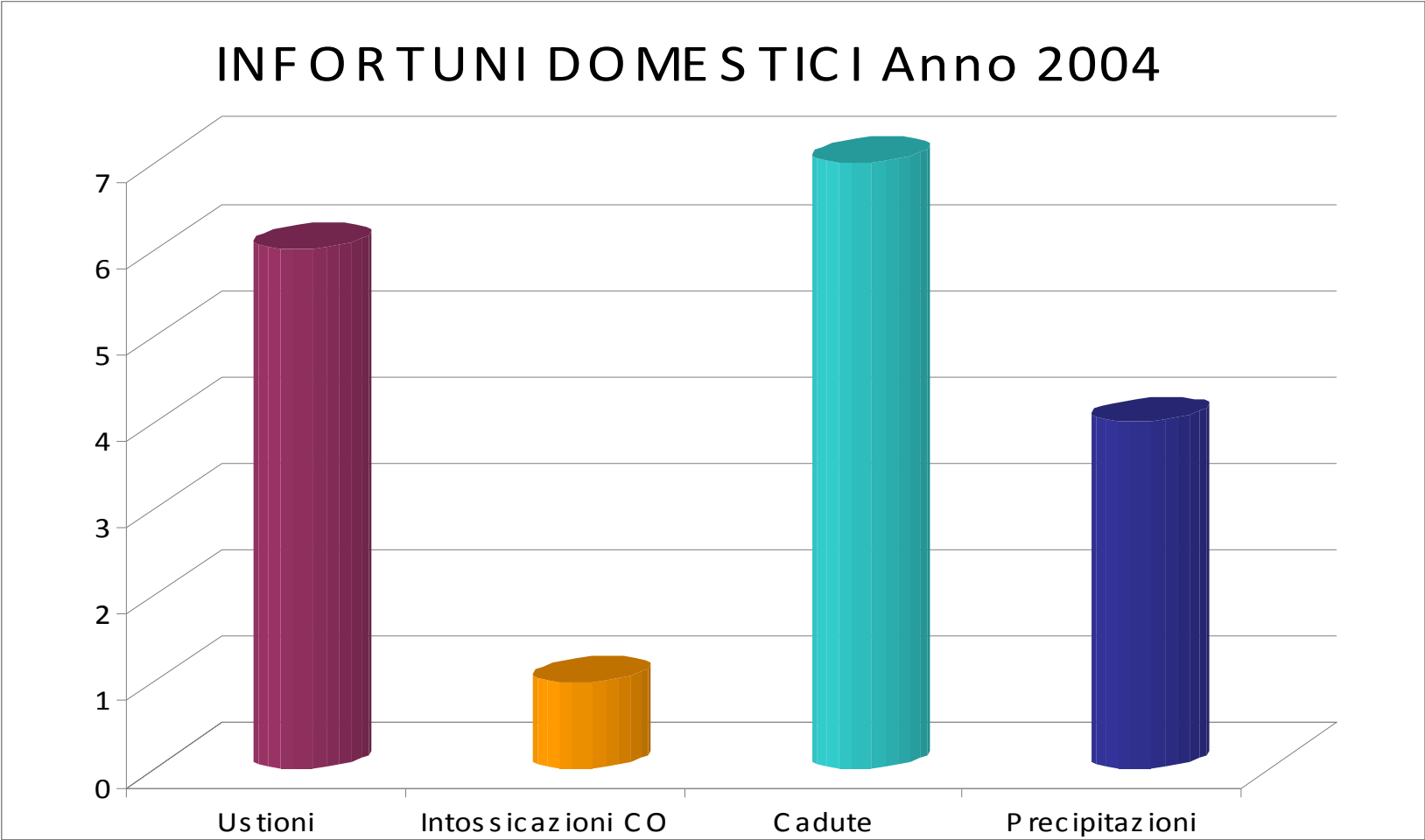


Grafico 8

INFORTUNI DOMESTICI Anno 2005

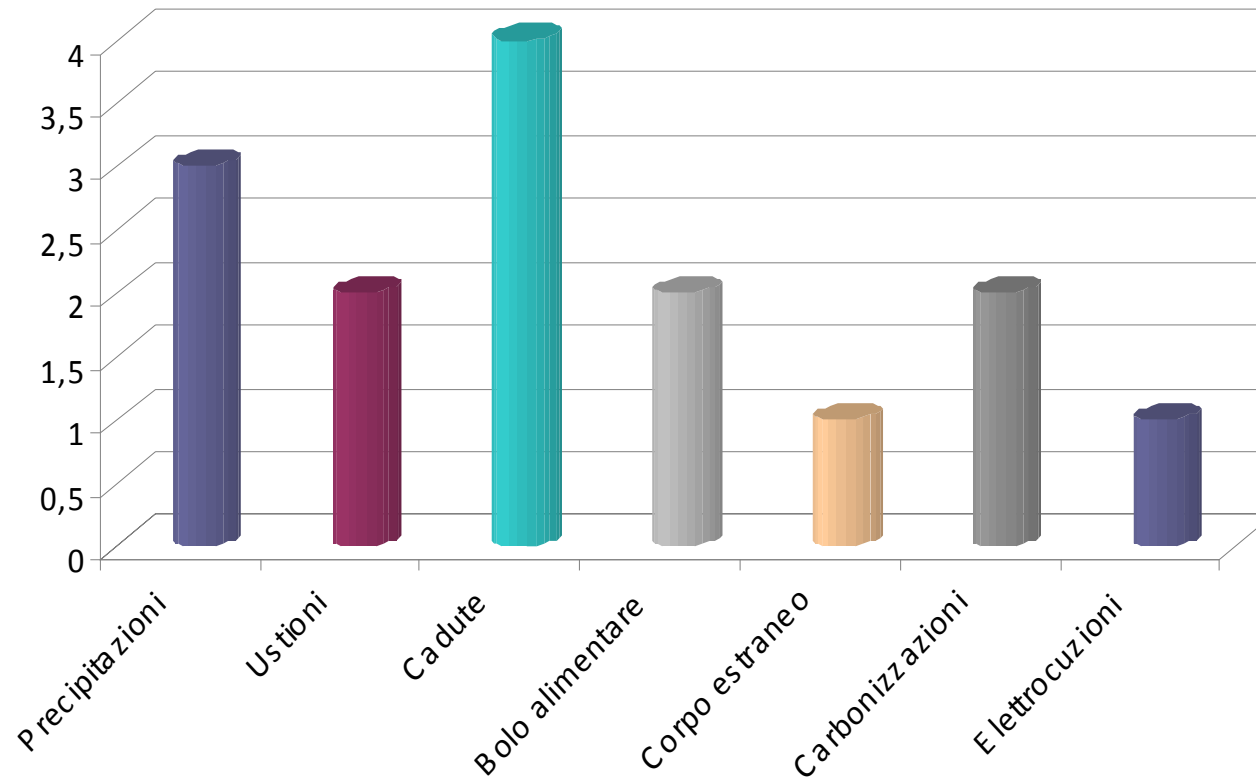


Grafico 9

INFORTUNI DOMESTICI Anno 2006

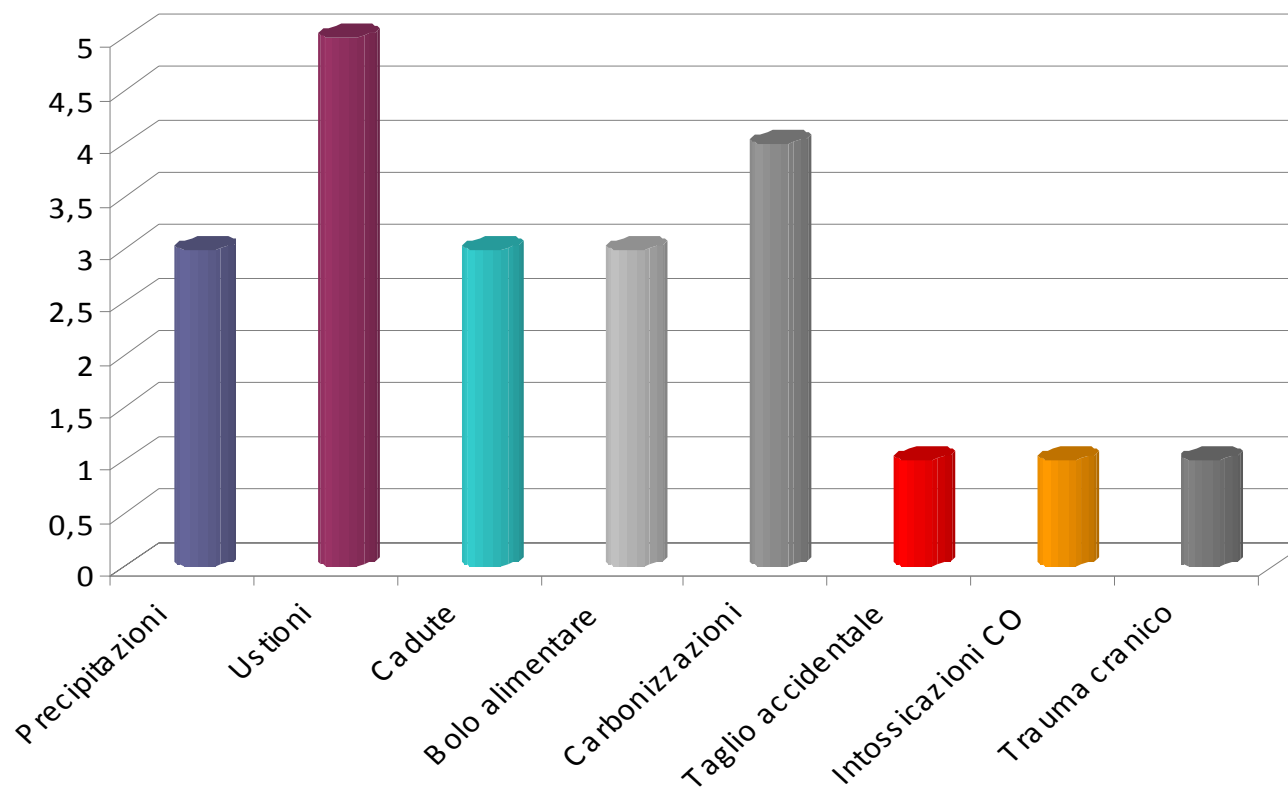


Grafico 10

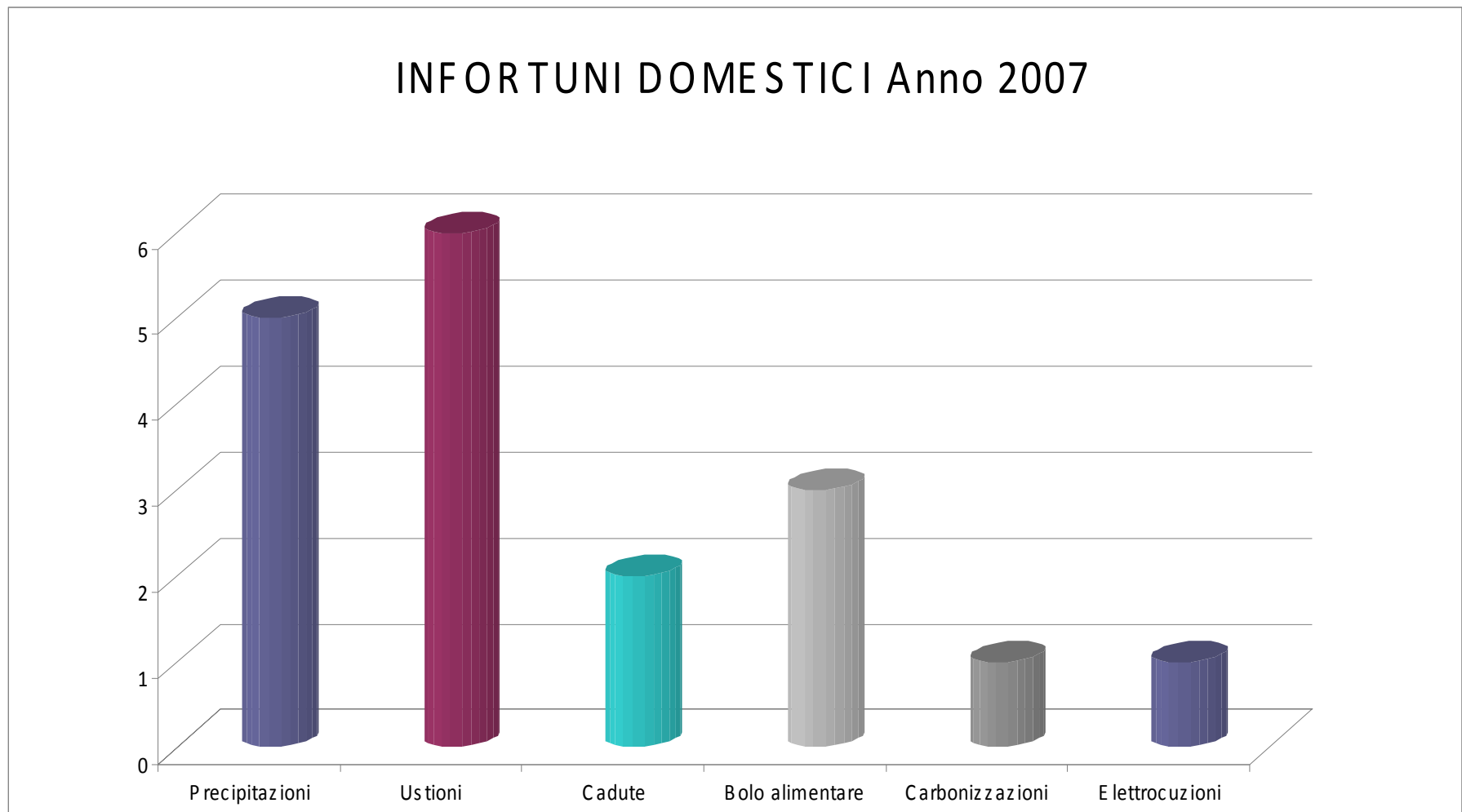


Grafico 11

Cause di infortunio domestico per fascia di età dall'anno 2002 al 2007

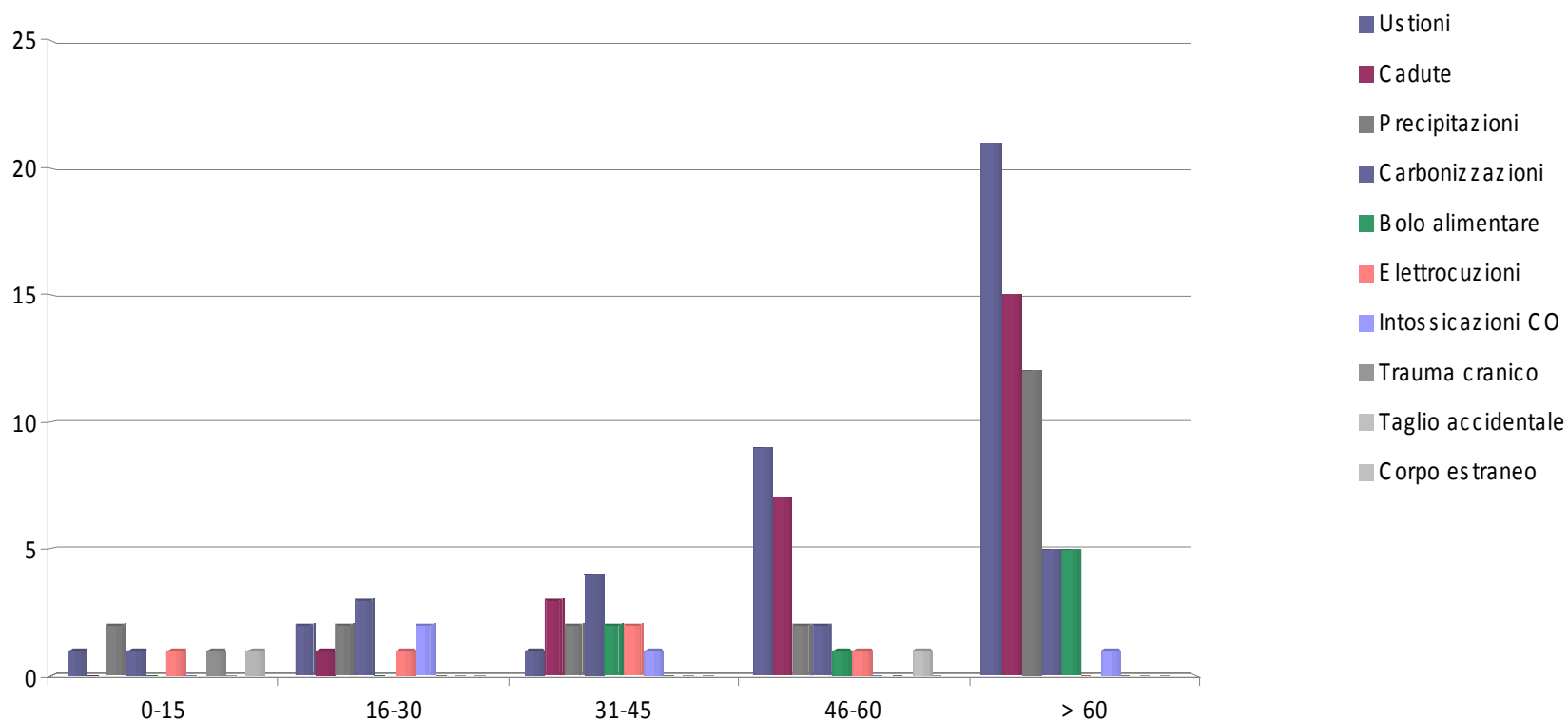


Grafico 12