

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**INDAGINE SUGLI INCIDENTI DOMESTICI
NELLA FASCIA D'ETA' 0-4 ANNI
NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**

RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN

CORRELATORE: DR.SSA ANNA PEDRETTI, DR. RICCARDO PERTILE

LAUREANDO: ROSSELLA VENZIN

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**INDAGINE SUGLI INCIDENTI DOMESTICI
NELLA FASCIA D'ETA' 0-4 ANNI
NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**

RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN

CORRELATORE: DR.SSA ANNA PEDRETTI, DR. RICCARDO PERTILE

LAUREANDO: ROSSELLA VENZIN

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

INDICE:

ABSTRACT	pag. i
PREMESSA	pag. iii
CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	pag. 1
1.1 Cause degli incidenti domestici nell’infanzia e fattori di rischio	pag. 1
1.2 Raccomandazioni <i>evidence based</i> per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile	pag. 5
1.3 Buone pratiche nazionali ed internazionali	pag. 7
1.4 Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025	pag. 9
1.4.1 Progetti/interventi attivi e materiali utilizzati in APSS per il target 0-4 anni	pag. 10
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	pag. 11
2.1 Il problema	pag. 11
2.2 Obiettivo generale	pag. 12
2.3 Obiettivi specifici	pag. 12
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	pag. 15
3.1 Metodologia di analisi dei dati	pag. 15
3.2 Criteri per la predisposizione di materiale informativo	pag. 16
3.2.1 <i>Health Literacy</i> ed indici di leggibilità	pag. 16
3.2.2 Raccomandazioni per la predisposizione di materiale informativo efficace	pag. 18
CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE	pag. 21
4.1 Analisi dei bisogni e priorità di intervento preventivo	pag. 21
4.2 Analisi fattori di rischio individuali riportati in letteratura	pag. 35
CAPITOLO 5 – PROGETTO	pag. 39
5.1 Proposte di miglioramento nella prevenzione degli incidenti domestici in età infantile	pag. 39
5.1.1 Possibili miglioramenti interventi attivi e materiali in uso	pag. 39
5.1.2 Opuscolo informativo	pag. 41
5.2 Contributo dell’Assistente Sanitario nella prevenzione degli incidenti domestici in età infantile	pag. 46
CAPITOLO 6 – CONCLUSIONI	pag. 49
6.1 Risultati dell’indagine	pag. 49
6.2 Punti di forza e di debolezza degli interventi proposti	pag. 50
BIBLIOGRAFIA	pag. 51
SITOGRAFICA	pag. 55
ICONOGRAFIA	pag. 57
ELENCO TABELLE	pag. 59
ELENCO GRAFICI	pag. 61
ALLEGATI	pag. 63

ABSTRACT

Introduzione:

I bambini rappresentano una fascia della popolazione molto vulnerabile agli eventi accidentali, nella fattispecie all'interno dell'ambiente domestico. Molti incidenti nei bambini potrebbero essere evitati creando ambienti "a misura di bambino" e tramite comportamenti e accorgimenti adeguati da parte dei genitori finalizzati alla sicurezza domestica.

Materiali e Metodi:

È stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale tramite l'elaborazione dei dati provenienti dai Pronto Soccorso della Provincia Autonoma di Trento. Lo studio comprende tutti i bambini residenti nella Provincia di Trento di età 0-4 anni che hanno avuto un accesso in PS per incidente domestico infantile nel periodo 2018-2021. Sono stati considerati dati quali età, sesso e cittadinanza del bambino, luogo, attività svolta e dinamica dell'evento accidentale, diagnosi e codice di triage assegnato in PS. Le elaborazioni statistiche dei dati sono state condotte attraverso l'utilizzo del software SAS-system® (versione 9.4).

Risultati e Discussione:

Il 7,6% di tutti gli incidenti domestici ha coinvolto bambini di età compresa tra 0 e 4 anni. Vi è una prevalenza degli incidenti nei maschi rispetto alle femmine e l'età maggiormente colpita è compresa fra 1 e 2 anni. Il 90% circa degli infortuni non ha portato ad esiti gravi, solo al 10% degli incidenti è stato assegnato codice giallo/arancione o rosso. Il tipo di incidente più frequente nei bambini è la caduta (70,0%). Il 17,3% degli infortuni è avvenuto in cucina e l'attività svolta in occasione dell'evento accidentale maggiormente riportata è il gioco o l'attività sportiva (36,2%). La diagnosi maggiormente frequente è il trauma cranico (30,4%).

Conclusioni:

I risultati dello studio, relativi alla tipologia ed alla modalità dell'incidente domestico sono coerenti con i risultati emersi dalla letteratura. Anche se il trend degli incidenti domestici infantili è in continuo calo negli ultimi anni, la percentuale di incidentalità in questa fascia d'età, rispetto alle altre, rimane considerevole (7,4%).

Non è stato possibile fare elaborazioni su tutti i fattori di rischio riportati in letteratura, in quanto non contenuti nei dati provenienti dai PS.

PREMESSA

I bambini rappresentano una fascia della popolazione molto vulnerabile agli eventi accidentali, nella fattispecie all'interno dell'ambiente domestico. Molti incidenti nei bambini potrebbero essere evitati creando ambienti a loro misura e tramite comportamenti e accorgimenti adeguati da parte dei genitori finalizzati alla sicurezza domestica.

Il lavoro di ricerca risulta essere così strutturato:

- Nel capitolo 1 - introduzione, viene presentato l'argomento di tesi e viene fatta una panoramica sugli incidenti domestici infantili e sui loro fattori di rischio;
- Nel capitolo 2 - presentazione del progetto, viene inquadrato il problema e vengono elencati gli obiettivi dello studio;
- Nel capitolo 3 - materiali e metodi, viene descritto lo studio condotto, gli strumenti e i materiali utilizzati;
- Nel capitolo 4 - risultati e discussione, vengono presentati i risultati dello studio;
- Nel capitolo 5 - progetto, vengono riportati alcuni miglioramenti che potrebbero essere fatti nella promozione della salute;
- Nel capitolo 6 - conclusioni, vengono riassunti i risultati dello studio e viene riportata una valutazione delle proposte di miglioramento nella promozione della salute.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Cause degli incidenti domestici nell'infanzia e fattori di rischio

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) definisce gli incidenti domestici come eventi inattesi che presentano determinate caratteristiche, ovvero:

- che comportano la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni,
- che si verificano indipendentemente dalla volontà della persona,
- che si verificano in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento vero e proprio e di eventuali estensioni esterne, come balconi, giardino, garage, cantina, scala.¹

Le cause di incidente domestico infantile sono varie, possono interagire tra di loro e agire prima della manifestazione dell'evento incidentale, oppure successivamente, influenzandone le conseguenze.

La letteratura scientifica ha individuato una serie di fattori di rischio correlati a una maggiore probabilità di incorrere in un incidente domestico, questi possono essere di natura individuale oppure di natura ambientale.

I fattori di rischio individuali comprendono caratteristiche legate al bambino, quali l'età, il genere, ed eventuali problemi comportamentali, alla madre, quali l'età, l'etnia e l'uso di sostanze, alla struttura familiare, monoparentale e numero di figli, ai fattori socioeconomici e alle disuguaglianze sociali.

La letteratura identifica come fattore di rischio di incidente domestico infantile il genere del bambino. È stato riscontrato che i bambini di genere maschile tendono ad avere lesioni più frequenti e più gravi rispetto alle bambine.²

Altro fattore di rischio collegato al bambino è l'età, i diversi meccanismi di lesione raggiungono il picco di frequenza in età differenti, rispettivamente 10-12 mesi per ingestione di oggetti estranei, 13-15 mesi per lesioni da scottatura, 16-18 mesi per avvelenamento non causato da farmaci e 24-30 mesi per avvelenamento causato da farmaci.³

¹ Fonte: [Incidenti domestici \(iss.it\)](https://www.iss.it) ultima consultazione 26/09/2022

² Fonte: Shah M, Orton E, Tata LJ et al. Risk factors for scald injury in children under 5 years of age: a case-control study using routinely collected data. *Burns* 2013; 39(7):1474-8.

³ Fonte: Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Andersson R. Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers. *Acta Paediatr* 2001; 90(1):61-8

Questo meccanismo dipende strettamente dallo sviluppo psicofisico del bambino che determina differenti rischi per ogni fascia d'età.

Nella fascia d'età 0-3 mesi i progressi motori del bambino sono molto rapidi, tuttavia, il bambino non è ancora autonomo negli spostamenti. All'età di un mese guarda gli oggetti, si immobilizza in caso di rumore forte e tiene le mani serrate a pugno. A 3 mesi impara a seguire con gli occhi una fonte luminosa, riesce a sollevare la testa quando è in posizione prona e comincia ad esplorare con la bocca tutto ciò che riesce ad afferrare. I rischi principali in questa fascia d'età sono caduta, asfissia, annegamento e ustione e sono correlati principalmente alla disattenzione da parte dei familiari.

Nella fascia d'età 3-4 mesi il bambino è in grado di rotolare dalla posizione prona alla posizione supina e viceversa, inoltre migliora l'attenzione visiva e uditiva e comincia ad esplorare l'ambiente che lo circonda in maniera attiva. In questa fascia d'età il rischio oltre ad essere determinato dalla disattenzione familiare è connesso alla maggiore mobilità del bambino.

Nella fascia d'età 4-6 mesi il bambino è in grado di stare seduto autonomamente, di afferrare e maneggiare oggetti e di portarli alla bocca. In questa fascia d'età aumenta, quindi, il rischio derivante dalla manipolazione di oggetti raggiungibili non idonei alla sua età.

Nella fascia d'età 6-12 mesi il bambino è in grado di passare in autonomia da una posizione ad un'altra ed elabora strategie motorie per spostarsi, come strisciamento, rotolamento, gattonamento e primi passi. Lascia cadere o scaglia volontariamente giocattoli e altri oggetti ed esplora con la bocca tutto quello che riesce ad afferrare. È in grado di passare gli oggetti da una mano all'altra. È una fase dello sviluppo caratterizzata dall'interesse del bambino nell'esplorare il mondo circostante. Si entra, quindi nella fascia d'età a rischio molto elevato di incidente domestico. Gli incidenti più frequenti sono caduta, asfissia ed annegamento, intossicazione, avvelenamento e ustione.

Nella fascia d'età 1-2 anni il bambino ha un'attitudine a mettere in bocca gli oggetti che trova a portata di mano, sale e scende le scale e sa utilizzare il triciclo. I rischi maggiori sono collegati a cadute, asfissia ed annegamento, a intossicazione ed avvelenamento e all'ustione.

Nella fascia d'età 2-5 anni il bambino diventa autonomo nella deambulazione e nella manipolazione di oggetti, inoltre è caratterizzato da uno spiccato desiderio di esplorazione dell'ambiente circostante. Oltre ai rischi e infortuni descritti nella fascia d'età precedente, questa

fascia d'età è caratterizzata da un maggiore rischio di incorrere in soffocamento, caduta dall'alto e schiacciamento.⁴

Infine, anche alcuni problemi comportamentali del bambino rappresentano un fattore di rischio per incidente domestico infantile. L'iperattività, l'aggressività, il disturbo dello spettro autistico e il disturbo da deficit di attenzione (ADHD) sono associati ad una maggiore probabilità di incorrere in un'incidente domestico.⁵

Altri fattori di rischio sono collegati alle caratteristiche della madre. È provato che i figli di madri giovani, con età inferiore ai 24 anni, hanno maggiore probabilità di essere assistiti in ospedale per lesioni derivanti da cadute ed avvelenamento.² I figli di madri non occidentali hanno, invece, maggiori probabilità di incorrere in ustioni e una probabilità leggermente minore per cadute e avvelenamento non prodotto da farmaci.² Infine i figli di madri che fanno uso di sostanze hanno maggiore probabilità di essere ricoverati in ospedale a seguito di lesioni o malattie.⁶

Anche la struttura familiare può rappresentare un fattore di rischio per incidente domestico infantile. Una struttura familiare monoparentale¹ e i bambini che hanno più di due fratelli² hanno un maggior rischio di incorrere in un incidente domestico.

Anche le disuguaglianze sociali e i fattori socioeconomici sono identificati come fattori di rischio. Le famiglie che hanno ricevuto un supporto sociale dimostrano maggiore rischio di essere ammessi in ospedale per cadute e avvelenamento da farmaci, ma non per ustioni.²

In Europa esiste un gradiente sociale di mortalità e morbosità. È provato che le persone che hanno un livello basso di istruzione, di occupazione, di reddito hanno maggiore probabilità di essere vittime di un incidente, e quando lo subiscono hanno conseguenze più gravi. Questo gradiente è particolarmente visibile nella fascia d'età 0-4 anni.⁷

Tuttavia, la prima causa di incidente domestico è identificata nell'errata convinzione che la casa sia un luogo sicuro e privo di pericoli. La conoscenza dell'ambiente domestico, il prolungato periodo che vi si trascorre e la moltitudine di attività che vi si svolgono inducono, infatti, ad un

⁴ Fonte: Giulia Candiani, Patrizia Salvaterra, Zadig, Milano, "La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, linea guida prevenzione", febbraio 2017, aggiornamento febbraio 2022

⁵ Fonte: Sara Agnafors, Jarl Torgerson, Marie Rusner, Anna Norman Kjellström, Lesioni nei bambini e negli adolescenti con disturbi psichiatrici, BMC Public Health, 10.1186/s12889-020-09283-3 , 20 , 1 , (2020)

⁶ Fonte: Raitasalo K, Holmila M, Autti-Rämö I et al. Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance using mothers: a register-based cohort study. Drug Alcohol Rev 2015; 34(1):38-45

⁷ Fonte: Sarto F, Roberti S, Renzulli G et al. Infortuni domestici: uno studio sui bambini presentatisi nel Pronto Soccorso di Padova" Epidemiol Prev 2007; 31 (5):268-273.

abbassamento dei meccanismi di difesa⁸ quindi alla disattenzione dell'adulto e del bambino e a una mancata sorveglianza e/o sottovalutazione del rischio.⁹ Secondo i dati provenienti dalla sorveglianza PASSI, nel periodo 2017-2020 la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa, infatti solamente meno di 7 intervistati su 100 considerano alta o molto alta la possibilità di avere un incidente in casa.¹⁰

Ulteriori fattori di rischio per incidente domestico infantile risultano essere i fattori ambientali, ovvero quei fattori collegati alle caratteristiche ambientali e strutturali dell'abitazione e alla presenza e conservazione di farmaci e prodotti contenenti sostanze chimiche tossiche.

Uno studio osservazionale neozelandese, composto da un'ispezione dell'abitazione e un'analisi delle lesioni domestiche incorse negli occupanti, ha riscontrato un aumento stimato del 22% delle probabilità di incorrere in un incidente domestico legato a specifici elementi potenzialmente pericolosi, quali:

- pavimento del bagno irregolare/scivoloso/inclinato
- doccia/bagno con superfici scivolose
- spazio insufficiente attorno alla vasca/doccia
- pavimento dei locali (escluso bagno) irregolare/scivoloso/inclinato
- cablaggio elettrico non sicuro
- regolazione della temperatura dell'acqua calda da termostato superiore a 60°, o a 55° se misurata dal rubinetto
- balaustra in rovina/troppo bassa, aperture troppo ampie, resistenza insufficiente
- scale sdruciolevoli, non adeguatamente illuminate, troppo ripide, troppo larghe/strette/irregolari
- scalini tra camera da letto e servizi igienici
- tappeto insicuro sui gradini
- Specchi o porte in vetro adiacenti alle scale
- Assenza di uno spazio di stoccaggio protetto dalla portata dei bambini di prodotti velenosi in ciascun bagno/cucina/lavanderia

⁸ Fonte: Giulia Candiani, Patrizia Salvaterra, Zadig, Milano, "La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, linea guida prevenzione", febbraio 2017, aggiornamento febbraio 2022

⁹ Fonte: Sarto F, Roberti S, Renzulli G et al. Infortuni domestici: uno studio sui bambini presentatisi nel Pronto Soccorso di Padova" Epidemiol Prev 2007; 31 (5):268-273.

¹⁰ Fonte: [Sicurezza domestica dati sorveglianza Passi \(iss.it\)](https://www.iss.it) ultima consultazione 26/09/2022

- Percorso all'aperto scarsamente illuminato/scivoloso/ripido/irregolare
- Finestra che si apre sul percorso in modo pericoloso
- Corrimano sulle scale esterne in cattive condizioni, corrimano esterno mancante, corrimano troppo alto o troppo basso/discontinuo
- Gradini esterni strutturalmente pericolosi con pedate e alzate di differenti altezze, con gradini mancanti, ripidi, scivolosi, scarsamente illuminati o difficili da vedere.¹¹

1.2 Raccomandazioni evidence based per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile

Il sistema sanitario ha cominciato a percepire gli incidenti domestici come problemi di sanità pubblica solo recentemente.

La Legge n 493 del 3 dicembre 1999 si pone come obiettivo quello di promuovere iniziative volte alla tutela della sicurezza e della salute mediante la prevenzione dei fattori di rischio di incidenti domestici e l'istituzione di una forma assicurativa contro il rischio infortunistico derivante dal lavoro svolto in ambito domestico.⁸

Nello specifico all'articolo 4 di questa legge vengono distinte le 4 azioni da svolgere a livello regionale:

1. monitoraggio e raccolta dei dati sugli incidenti domestici e successiva valutazione ed elaborazione;
2. prevenzione e valutazione dell'efficacia delle misure adottate;
3. redazione di piani mirati ai rischi di infortunio maggiormente riscontrati;
4. stesura di una relazione annuale sul numero e sulle cause degli infortuni domestici.¹²

Questa legge può essere declinata diversamente nelle realtà delle differenti regioni. Tuttavia, vi sono dei punti saldi che dovrebbero rimanere invariati in tutti i territori. Ogni regione dovrebbe avere un sistema di sorveglianza sugli incidenti domestici e un servizio competente che sia in grado di valorizzare i flussi informativi e ottenere informazioni valide per l'attivazione di specifici interventi. Dovrebbe essere presente una struttura che implementi le strategie preventive sul territorio e che si interfacci con le parti interessate, ovvero i dipartimenti di emergenza, pediatria,

¹¹ Fonte: Keall MD, Baker M, Howden-Chapman P et al. Association between the number of home injury hazards and home injury. *Accid Anal Prev* 2008; 40(3):887-93

¹² Fonte: LEGGE 3 dicembre 1999, n. 493, "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici."

scuole, famiglie e terzo settore. I progetti dovrebbero essere creati tenendo conto delle evidenze scientifiche e dovrebbero essere sottoposti a una valutazione di efficacia ed efficienza. Infine, dovrebbero essere fornite alla popolazione informazioni su costi e disabilità derivanti dagli incidenti domestici.⁸

La formazione degli operatori sanitari è essenziale al fine di ottenere risultati standard omogenei tra le diverse regioni italiane. È, quindi, utile fornire un'attività formativa di base che sia in grado di sensibilizzare e formare gli operatori sanitari sul tema degli infortuni domestici e della loro prevenzione e sorveglianza. È necessario promuovere un lavoro di rete tra i servizi sanitari, sviluppare sistemi validati per rappresentare l'epidemiologia degli incidenti domestici e sviluppare modalità di prevenzione che tengano conto della trasversalità e dell'intersectorialità.⁸

La linea guida sulla prevenzione degli incidenti domestici infantili presenta 11 raccomandazioni, suddivise in 7 tipologie e strategie di intervento, elaborate sulla base delle prove di efficacia ricavate dalla letteratura scientifica.

Gli interventi che risultano avere una maggiore forza della raccomandazione sono interventi educativi con fornitura gratuita o a prezzo ridotto di dispositivi di sicurezza, programmi per lo sviluppo delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e gli interventi legislativi.

La letteratura evidenzia che gli interventi educativi sono efficaci nell'aumentare le pratiche di sicurezza, soprattutto se affiancati alla fornitura gratuita, o a prezzo ridotto, di dispositivi di sicurezza. Non è chiaro, però, se siano efficaci anche nella riduzione degli incidenti domestici. I programmi educativi rivolti ai genitori sono efficaci sia nella riduzione degli incidenti domestici infantili che nell'implementazione della sicurezza domestica.

Viene raccomandato che gli interventi informativi/educativi debbano essere forniti ai genitori della popolazione pediatrica dando precedenza ai soggetti a rischio e sotto i 5 anni d'età.

Inoltre, quando possibile, è opportuno associare l'intervento educativo alla fornitura gratuita o a prezzo ridotto di dispositivi di sicurezza.

Gli interventi che prevedono programmi per lo sviluppo delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici mirano a sostenere le capacità di cura dei genitori e promuovere atteggiamenti attivi e una maggiore attenzione nei confronti dei figli. Questi interventi offrono un sostegno diretto ai genitori, consentendo loro di comprendere quali sono i rischi associati agli incidenti domestici e come prevenirli.

Questi interventi si sono mostrati efficaci nella prevenzione degli incidenti domestici, in particolar modo se indirizzati a genitori in condizioni di disagio. È quindi necessario che le aziende sanitarie stabiliscano dei criteri per individuare le famiglie che potrebbero usufruire di questi interventi.

Infine, gli interventi legislativi, indirizzati a contrastare specifici fattori di rischio, contribuiscono alla diminuzione degli incidenti. L'intervento legislativo, da solo, potrebbe essere solo parzialmente efficace, per questo c'è la necessità che le leggi vengano rinforzate, sostenute e comunicate adeguatamente alla popolazione.⁸

1.3 Buone pratiche nazionali ed internazionali

A livello nazionale una buona pratica nella prevenzione degli incidenti domestici infantili è rappresentata dal progetto GenitoriPiù.

GenitoriPiù, nato nel 2006, è un programma volto alla promozione della salute, nato nella Regione Veneto e poi esteso a livello nazionale. Oltre alla collaborazione con l'UNICEF e con la Fimp (Federazione Italiana Medici Pediatri), è sostenuto dalle principali società scientifiche e dalle associazioni professionali attive nel Percorso Nascita.¹³

Questo programma promuove otto azioni sinergiche per la salute nei primi 1.000 giorni di vita da tempo considerate come prioritarie e di dimostrata efficacia. Le otto azioni, basate su evidenze scientifiche sono interconnesse tra loro e attuate insieme moltiplicano la loro efficacia, sono:

- l'attenzione alla salute nel periodo periconcezionale, in particolare l'assunzione di acido folico in modo appropriato fin da prima del concepimento;
- l'astensione dalle bevande alcoliche in gravidanza e durante l'allattamento;
- l'astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino;
- l'attenzione per la sicurezza ambientale, in particolare attraverso la protezione da incidenti stradali, da incidenti domestici e da inquinanti ambientali;
- l'allattamento esclusivo nei primi sei mesi di vita e continuato secondo i criteri OMS/UNICEF;
- la posizione supina nel sonno;
- le vaccinazioni;

¹³ Fonte: La nostra storia GenitoriPiù (genitoripiu.it) ultima consultazione 26/09/2022

- la lettura precoce ad alta voce, già dai primi mesi di vita.¹⁴

Altra buona pratica a livello nazionale è il progetto “Affy futapericolo”, un progetto di promozione alla salute rivolto ai bambini che frequentano la scuola dell’infanzia (3-5 anni).

Il progetto agisce su tre livelli, ovvero la collaborazione con gli insegnanti nella costruzione di un linguaggio condiviso sulla prevenzione degli incidenti domestici, la trasmissione efficace di informazioni e raccomandazioni attraverso materiale adeguato alla fascia d’età e il coinvolgimento dei genitori su argomenti di sicurezza domestica.

Punto di forza del progetto è la collaborazione con insegnanti e genitori nella predisposizione di materiale informativo sul tema degli incidenti domestici, tradotto in differenti lingue.¹⁵

A livello internazionale sono presenti due organizzazioni EuroSafe e European Child Safety Alliance.

EuroSafe è un’organizzazione non governativa che si occupa di ricerca e diffusione delle informazioni di tutte le attività direttamente e indirettamente connesse al tema della salute e della sicurezza nei luoghi di vita, lavoro e svago. Si propone come punto di collegamento, e promuove la creazione di “comunità di pratica” volte alla risoluzione dei problemi legati alla sicurezza in ogni ambito della propria vita, attraverso la condivisione di conoscenze, esperienze, strategie e soluzioni.¹⁶

La European Child Safety Alliance (ECSA), ospitata dalla Royal Society for the Prevention of Accidents (RoSpa), ha come obiettivo quello di rendere più sicura la vita dei bambini che vivono in Europa. Questa organizzazione coinvolge differenti professionisti provenienti da tutta Europa, per condividere e sostenere ciò che risulta essere efficace nella prevenzione delle lesioni infantili.¹⁷

A livello internazionale, sviluppato dai CDC a partire dall’anno 2009, si colloca la pubblicazione del “National Action Plan for Child Injury Prevention”. Lo scopo è aumentare la consapevolezza sul problema degli incidenti domestici infantili, diffondere azioni preventive e mobilitare azioni coordinate.⁸

¹⁴ Fonte: [Le 8 azioni GenitoriPiù \(mys.it\)](#) ultima consultazione 26/09/2022

¹⁵ Fonte: [Dors | Centro di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte](#) ultima consultazione 19/09/2022

¹⁶ Fonte: [Home - Eursafe](#) ultima consultazione 19/09/2022

¹⁷ Fonte: [European Child Safety Alliance | Making the lives of children living in Europe Safer - RoSPA](#) ultima consultazione 19/09/2022

1.4 Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025

Il tema della sicurezza negli ambienti di vita trova posto nel Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025 della Provincia Autonoma di Trento, all'interno del Programma Predefinito 05.

Questo programma si occupa della promozione della sicurezza sia in ambiente domestico che stradale, all'interno della comunità, mediante un'azione integrata e trasversale tra tutti gli attori coinvolti.

Per contrastare gli infortuni in ambiente domestico è, quindi, necessario intervenire su più livelli attraverso azioni di prevenzioni integrate volte all'informazione, al monitoraggio, alla sensibilizzazione della popolazione e alla promozione della sicurezza e corretti stili di vita.

Le linee di azione di questo programma predefinito si sviluppano secondo le tre direttrici tracciate dal Piano della Prevenzione Nazionale, ovvero:

- **Advocacy:** il dipartimento di prevenzione ha il compito di gestire e coordinare la messa in rete di tutti gli attori coinvolti attraverso azioni di advocacy negli e tra gli enti territoriali al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale ed in particolare delle fasce più deboli
- **Promozione di comportamenti sicuri** attraverso la realizzazione di interventi educativi in ambito scolastico e nella comunità e la formazione degli operatori sociosanitari, il personale della scuola, le associazioni di categoria
- **Comunicazione:** campagne di sensibilizzazione alla popolazione.

Gli obiettivi inerenti al tema degli incidenti domestici infantili, riportati all'interno del Piano Provinciale della Prevenzione sono due e mirano a sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica ed anziana, coinvolti nei diversi setting e a sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce maggiormente a rischio.

Al centro della seconda azione c'è il percorso nascita, ovvero l'insieme dei servizi di accompagnamento all'evento della nascita necessari a garantire l'informazione, l'educazione, il counselling e lo screening offerti per promuovere e monitorare il benessere della mamma, del neonato e della famiglia.

All'interno di questo percorso sono previsti dei momenti formativi finalizzati a sviluppare le competenze genitoriali e iniziative finalizzate ad informare ed educare alla sicurezza.¹⁸

¹⁸ Fonte: Piano Provinciale della Prevenzione, Provincia Autonoma di Trento, 2021-2025

1.4.1 Progetti/interventi attivi e materiali utilizzati in APSS per il target 0-4 anni

In APSS, il tema degli incidenti domestici viene affrontato dai Consulitori e dal Dipartimento di Prevenzione.

Nei consultori le azioni intraprese sono articolate in tre momenti della gravidanza e del puerperio. Il primo momento in cui il tema viene trattato è in occasione degli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN). Durante gli incontri, in totale 7 prima della nascita e 3 successivi, oltre alle altre tematiche proposte, vengono anche date informazioni sugli incidenti domestici infantili e sulla loro prevenzione, proponendo le indicazioni suggerite dal programma “Genitori Più”.

Parallelamente al corso IAN sono organizzati degli incontri monotematici proposti dai pediatri di libera scelta, uno dei quali tratta il tema del “Bambino a casa”. Durante l’incontro vengono date informazioni di prevenzione sulla sicurezza in casa.

Infine, l’ultimo momento in cui il tema viene trattato è presso il punto nascita, dove viene consegnato del materiale informativo in tema di prevenzione, in particolare sulla prevenzione di SIDS e cadute.

Tramite la somma di queste azioni si è stimato di raggiungere circa il 90% della popolazione target. Il Dipartimento di Prevenzione, nell’ambito del Programma 09 “Ambiente, clima e salute” del Piano Provinciale della Prevenzione, ha redatto nel 2022 del materiale informativo sulla lettura dell’etichetta dei prodotti chimici. All’interno del materiale informativo è presente un paragrafo dedicato agli accorgimenti da adottare in presenza di bambini per la prevenzione dell’ingestione accidentale di questi prodotti.

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 Problema

Il fenomeno infortunistico ha un grande impatto sia dal punto di vista sociale che sanitario ed economico. Gli incidenti domestici, infatti, possono essere causa di traumi di diversa entità, che rischiano di comportare disabilità o, nei casi più gravi, morte, con costi sociali e sanitari rilevanti.¹⁹ Anche se i traumi sono nel maggiore dei casi prevenibili, rappresentano una delle principali cause della mortalità generale e di quella precoce²⁰, rappresentando inoltre la principale causa di morte nei bambini nel mondo.²¹ È stato rilevato tra i bambini un'incidenza di 7 infortuni mortali su 100.000 all'anno occorsi nell'abitazione, in particolare in soggetti maschi di età inferiore ai 4 anni e conseguenti a trauma cranico.⁸

Attraverso il Sistema Informativo Nazionale Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) è stato rilevato che il tasso medio di accesso in pronto soccorso ospedaliero per incidente domestico nei bambini sotto i 5 anni d'età è pari a 8.137 casi ogni 100.000/anno.

Sul totale dei casi riscontrati i luoghi in cui sono avvenuti incidenti più frequentemente, per entrambi i sessi nella fascia d'età 0-14 anni, sono soggiorno e camera da letto.²²

Cadute, urti, schiacciamenti, ferite da taglio, soffocamenti e ustioni rappresentano le dinamiche più frequenti di infortunio sulla base di diversi studi che hanno interessato i bambini.⁸

In Provincia Autonoma di Trento, nel periodo 2018-2021, si sono verificati in totale 31.929 accessi in pronto soccorso per incidente domestico, il 7,6% dei quali si è verificato in bambini con età compresa tra i 0 e i 4 anni. Si può pertanto dire che ogni giorno, in Provincia di Trento, accedono al Pronto Soccorso 2 bambini per cause legate ad un incidente domestico, indipendentemente dalla gravità.

Il numero di incidenti domestici risulta essere sottostimato se si considerano anche quegli incidenti che, non necessitando di interventi medici oppure di ricoveri ospedalieri, non vengono denunciati. I bambini risultano essere una fascia della popolazione vulnerabile agli eventi accidentali in ambiente domestico. Molti incidenti nei bambini potrebbero essere evitati creando ambienti di vita

¹⁹ Fonte: Ministero della Salute, “Piano Nazionale della Prevenzione 2021-2025”, adottato il 6 agosto 2020

²⁰ Fonte: Provincia Autonoma di Trento, “Piano Provinciale della prevenzione 2021-2025”

²¹ Fonte: Incidenti domestici: conoscere le cause per evitarli- ISSalute – ultima visita 16/09/2022

²² Fonte: Pitidis A, Fondi G, Giustini M et al. Il sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti. *Ist Super Sanità*. 2014; 27(2): 11-16.

“a misura di bambino” e tramite comportamenti adeguati e accorgimenti da parte dei genitori finalizzati alla sicurezza dell’ambiente domestico.

La consapevolezza dei genitori rispetto ai possibili rischi presenti in casa costituisce un primo fondamentale aspetto del controllo degli eventi accidentali. Infatti, la prima causa di incidente domestico va ricercata nell’erronea convinzione che la propria abitazione sia un luogo sicuro, privo di pericoli.

2.2 Obiettivo generale

Lo scopo principale dello studio è volto alla descrizione del bisogno di salute evidenziato dagli accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico infantile nella fascia d’età 0-4 anni, all’interno della Provincia autonoma di Trento.

2.3 Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici che hanno guidato l’indagine sono collegati alla descrizione del bisogno di salute:

- Descrivere le caratteristiche sociodemografiche del campione in relazione al rischio
- Individuare nel periodo 2018-2021 aspetti caratterizzanti degli accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico infantile nella fascia d’età 0-4 anni
- Individuare le priorità d’intervento
- Evidenziare l’eventuale correlazione nel periodo di lockdown per Covid-19

Altri obiettivi specifici sono invece legati alla progettazione di interventi di promozione della salute e al ruolo dell’assistente sanitario in quest’ambito:

- Proporre eventuali aggiustamenti ai progetti educativo promozionali già in atto, con eventuale predisposizione di ulteriori strumenti
- Evidenziare il ruolo dell’Assistente Sanitario in tali ambiti

I quesiti di ricerca sono:

- Quali sono le caratteristiche sociodemografiche del campione?
- Esiste una correlazione con il periodo di lockdown per Covid-19?
- In quali giornate sono avvenuti maggiormente incidenti domestici infantili?
- Quali sono le condizioni di maggior rischio di incidente domestico infantile rilevato?
- Quali sono le dinamiche di accadimento degli incidenti domestici infantili?

- Quali sono gli esiti degli incidenti domestici infantili?
- Esistono interventi educativo promozionali di dimostrata efficacia sulla prevenzione degli incidenti domestici nella fascia di età 0-4 anni?
- Quali sono le strategie efficaci per aumentare la consapevolezza/percezione dei genitori?

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

3.1 Metodologia di analisi dei dati

È stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale sugli incidenti domestici infantili nella fascia d'età 0-4 anni, nel periodo 2018-2021 nella provincia autonoma di Trento, utilizzando i dati provenienti dal database provinciale di accesso alle strutture di Pronto Soccorso.

Criteri di inclusione sono: bambini di età compresa tra i 0 e i 4 anni, residenti nella Provincia Autonoma di Trento, che, nel periodo considerato dallo studio, hanno effettuato un accesso presso il Pronto Soccorso a causa di un incidente domestico. Complessivamente si è formulata l'ipotesi di includere nello studio circa 2500 bambini.

Lo studio ha esaminato nell'analisi statistica i seguenti dati:

- Andamento temporale
- Età
- Genere
- Etnia
- Distribuzione temporale degli eventi, suddivisi per anno, mese e giorno della settimana
- Luogo dell'incidente (terrazze e balconi/bagno/scale, ballatoio/garage, cantina, cortile ed altre pertinenze/cucina/altri locali della casa)
- Dinamica di accadimento (caduta, inciampamento, sdruciolamento/urto o schiacciamento)
- Accidentale/ agente termico e caustico/puntura o penetrazione accidentale/corpo estraneo escluso ferita da arma da fuoco/meccanismi non specificati/sforzi violenti/annegamento o quasi annegamento)
- Livello di severità della lesione, in base al codice di accesso in Pronto Soccorso (codice bianco/verde/giallo/rosso)
- Sede del trauma (arto superiore / arto inferiore / testa-volto / tronco-addome / sedi multiple / altro)
- Tipologia di traumi (avvelenamento, intossicazione/ustione/frattura/ferita, abrasione/corpo estraneo/trauma cranico/contusione, distorsione/altro)
- Attività svolta in occasione dell'incidente (gioco o attività sportiva/attività di vita quotidiana/altre attività specificate/attività domestica/attività non specificate/fai da te)

I dati sono stati elaborati tramite il calcolo di medie e deviazioni standard, nel caso di variabili quantitative, e tabelle di frequenze osservate e percentuali in caso di variabili categoriali.

Sono stati calcolati i tassi di afferenza medi annui per incidente domestico, per ciascun anno e per determinate categorie di bambini (es. maschi vs. femmine e italiani vs. stranieri).

Eventuali associazioni tra variabili categoriali sono state testate con il test del Chi quadrato e misurate tramite il calcolo del valore standardizzato della V di Cramer.

Per le variabili quantitative è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Pearson per valutare eventuali relazioni.

Per verificare se vi sia stato un andamento o trend temporale mensile significativo si è utilizzata la regressione lineare bivariata che ha permesso di determinare la pendenza della retta di regressione (*trend*), la sua significatività statistica e la bontà di adattamento del modello (*goodness of fit*) attraverso il coefficiente di determinazione R^2 .

Per ciascuna analisi la significatività statistica è stata riscontrata con un p-value ≤ 0.05 .

Le elaborazioni statistiche dei dati sono state condotte attraverso l'utilizzo del software SAS-system® (versione 9.4).

I dati sono stati successivamente elaborati in fogli Excel, mediante la costruzione di grafici e tabelle esplicative.

3.2 Criteri per la predisposizione di materiale informativo

3.2.1 Health literacy ed indici di leggibilità

Il termine *health literacy*, o alfabetizzazione sanitaria, è stato introdotto per la prima volta negli anni 70 del '900 con gli studi di S. K. Simonds.

Nel corso degli anni, grazie a numerosi studi il concetto e il significato di questo termine sono stati modificati ed ampliati.

Nel 1998, l'OMS ha introdotto questo termine nel Glossario di Promozione della salute che ne dà come definizione "l'insieme delle abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere a informazioni, di comprenderle ed utilizzarle in maniera da promuovere e mantenere una buona salute".²³

L'*health literacy* è, infatti, un fattore che supporta la promozione della salute e rende capaci le persone di accedere, comprendere e utilizzare efficacemente le informazioni sanitarie. Al contrario,

²³ Fonte: E. Barbera, Claudio Tortone, (a cura di) "Glossario OMS della promozione della salute", DORS 2012

bassi livelli di *health literacy* rappresentano un fattore di rischio per la salute delle persone.²⁴ Grazie al suo stretto legame con la promozione della salute, nel corso degli anni è aumentato l'interesse nei confronti di questa tematica.

Uno studio (Palumbo et al, 2016), con l'obiettivo di approfondire i livelli di alfabetizzazione sanitaria in Italia, ha sottoposto un campione rappresentativo casuale di 1000 cittadini italiani a un sondaggio. Tramite 86 domande sono state indagate le capacità di alfabetizzazione sanitaria autovalutate dagli intervistati, l'alfabetizzazione individuale e le abilità matematiche e i principali determinanti sociali dell'alfabetizzazione.

Dall'analisi dei risultati emerge che 1 intervistato su 6 (17,3%) mostra un'alfabetizzazione sanitaria inadeguata e 1 intervistato su 3 (37%) ha un'alfabetizzazione sanitaria problematica.

In totale più della metà del campione (54,6%) mostra un'alfabetizzazione limitata.

Basandosi su questi dati, l'Italia ha riportato il numero più alto di persone che vivono con un'alfabetizzazione sanitaria limitata in Europa, dopo Bulgaria (62,1%), Spagna (58,3%) e Austria (56,4%). Inoltre, l'Italia ha rivelato i livelli più alti di alfabetizzazione sanitaria inadeguata (17,3%) in Europa, dopo Bulgaria (26,9%) e Austria (18,2%).²⁵

Questi dati fanno comprendere l'influenza che la *health literacy* esercita sulla comunicazione in sanità e quanto sia rilevante, oltre a svolgere attività finalizzate all'aumento della *health literacy* nella popolazione, mettere in pratica strategie comunicative che mettano al centro il paziente con il fine di raggiungere anche quella fascia di popolazione che ha una bassa alfabetizzazione sanitaria. Per valutare l'adeguatezza della comunicazione è utile fare affidamento su degli strumenti che siano in grado di valutare l'efficacia dell'informazione, importanti per questo fine sono gli indici di leggibilità.

Innanzitutto, è importante dare una definizione di leggibilità. Con questo termine si indicano differenti aspetti linguistici e grafici di tipo formale e di carattere quantitativo, che vanno dalla decifrabilità materiale del testo, come calligrafia, font, qualità della grafica e uso del colore, alle caratteristiche formali del testo associate alla facilità di lettura o alla difficoltà di comprensione del testo, cioè lessico, sintassi, coerenza, coesione, organizzazione dei contenuti e scelte stilistiche.²⁶

²⁴ Fonte: Eleonora Tosco (a cura di), "Health literacy" DORS, Regione Piemonte, Istantanee n. 4, ottobre 2015

²⁵ Fonte: Rocco Palumbo, Carmela Annarumma, Paola Adinolfi, Marco Musella, Gabriella Piscopo, "The Italian Health Literacy Project: Insights from the assesment of health literacy skills in Italy", Health Policy 120 (2016) 1087-1094

²⁶ Fonte: Debora Vena, "Leggibilità e comprensibilità: un binomio necessario", Italiano LinguaDue, 2022

Gli indici di leggibilità sono, quindi, degli indicatori che consentono di capire quanto un testo sia leggibile, chiaro e scorrevole e allo stesso tempo di facile lettura. Sono in grado di misurare la leggibilità, in quanto definiscono su una scala di valori la gradazione di comprensione di diversi tipi di testi e identificare gli utenti in grado di leggerli e comprenderli.

In Italia gli indici di leggibilità sono stati introdotti e studiati a partire dagli anni 70 del '900, successivamente a diversi studi svolti sulla leggibilità di testi in lingua inglese.

Nel 1988, il Gruppo Universitario Linguistico Pedagogico (GULP), a seguito di numerosi studi nel campo della leggibilità, definisce un nuovo indice di leggibilità tarato sulla lingua italiana, L'Indice di Leggibilità GULPEASE. L'indice prende in considerazione due variabili principali, ovvero la lunghezza delle parole e la lunghezza della frase rispetto al numero delle lettere. La formula di questo indice è la seguente:

$$IL[\text{Indice di Leggibilità}] = 89 - LP/10 + FR * 3$$

Dove LP indica le lettere per cento sul totale delle parole e FR le frasi per cento sul totale delle parole.

I risultati sono compresi tra 0 e 100, dove 0 indica la leggibilità più bassa e 100 la leggibilità più alta. Analizzando la scala di valori dell'indice GULPEASE considerando i livelli di lettura indipendente con soglia di leggibilità facile si nota che:

- I lettori con istruzione elementare leggono più facilmente testi con un punteggio superiore a 80
- I lettori con istruzione di licenza media leggono più facilmente un testo con punteggio superiore a 60
- I lettori con istruzione superiore leggono più facilmente testi con punteggio superiore a 40.²⁷

L'indice GULPEASE è solamente uno degli strumenti disponibili per misurare la leggibilità di un testo. Il metodo migliore per valutare l'efficacia di materiale informativo resta effettuare un pre-test su un campione di destinatari.

3.2.2 Raccomandazioni per la predisposizione di materiale informativo efficace

Per la produzione di materiale informativo efficace è necessario seguire alcuni accorgimenti su organizzazione delle informazioni, linguaggio ed elementi grafici.

²⁷Fonte: Debora Vena, "Leggibilità e comprensibilità: un binomio necessario", Italiano LinguaDue, 2022

Uno strumento utile a questo fine è la guida per realizzare materiali di comunicazione semplici e comprensibili “Semplice e chiaro” che propone alcuni suggerimenti pratici articolati in 6 macroaree:

- Rendere chiaro il messaggio
- Il carattere del testo
- Le immagini come supporto del testo
- Il layout e la grafica
- Rispettare la cultura dei destinatari
- Traduzioni
- Leggibilità del testo

Rendere chiaro il messaggio

Come accennato precedentemente, è necessario che il messaggio da trasmettere sia chiaro, pertinente ed appropriato al destinatario.

A questo fine è utile fornire inizialmente le informazioni più importanti, dire in modo chiaro quali azioni intraprendere e spiegare l'importanza del messaggio. È utile limitare il numero di messaggi da trasmettere e focalizzarsi solamente su ciò che i destinatari hanno necessità di sapere e fare. Allo stesso modo è importante utilizzare una comunicazione efficace, quindi, essere sintetici, utilizzare un tono naturale che incoraggia i destinatari, limitare l'utilizzo del linguaggio gergale, tecnico oppure scientifico, essere coerenti, evitare abbreviazioni, acronimi e simboli che non sono necessari. Infine, è necessario limitare l'uso di dati statistici, a cui bisogna preferire parole generiche, come “la maggior parte” oppure “molti”.²⁸

Il carattere del testo

Alcuni accorgimenti utili si riferiscono al carattere utilizzato nel testo. Usare caratteri di dimensione compresa tra 12-14 punti per il corpo del testo e di due punti in più per il titolo possono rendere il contenuto di più semplice lettura. Per quanto riguarda lo stile del carattere è utile utilizzare un carattere con le “grazie”, non utilizzare caratteri che ricordano la scrittura a mano e utilizzare sia il carattere minuscolo che quello maiuscolo, infatti, utilizzare solamente il carattere maiuscolo renderebbe il testo difficile da leggere.²⁸

Le immagini come supporto del testo

A supporto del testo si possono utilizzare immagini. Innanzitutto, è necessario scegliere il tipo di immagine più adatto al materiale. Più efficaci sono le immagini che ricordano la vita reale, persone

ed emozioni, che tendono a suscitare nel lettore maggiore interesse. In alcune occasioni sono più adatti illustrazioni e disegni semplici, che possono semplificare i concetti riportati e porre attenzione sui concetti più importanti. I fumetti possono essere utili a conferire al testo un tono più umoristico o più informale.²⁸

Il layout e la grafica

Per presentare le informazioni e le immagini in maniera da renderle più facili nella lettura ed efficaci si parte dalla struttura della copertina. Per rendere una copertina accattivante è necessario scegliere le immagini e i colori giusti, evidenziare il concetto principale e i destinatari del messaggio.

Il corpo del testo deve essere organizzato in maniera tale che i messaggi siano semplici da comprendere e da ricordare, uno stesso concetto deve essere espresso su una sola facciata, le informazioni più importanti vanno collocate all'inizio e ripetute alla fine e vanno utilizzati titoli e sottotitoli per suddividere il testo. È importante lasciare molti spazi bianchi, spezzettare il testo, usando anche elenchi puntati, utilizzare colonne e non giustificare il testo. Per coinvolgere maggiormente i destinatari si possono fare domande o chiedere di risolvere un problema, lasciando poi degli spazi bianchi da far completare a loro.²⁸

Traduzioni

Qualora ci sia la necessità di tradurre da un'altra lingua all'italiano è necessario seguire alcune indicazioni affinché la traduzione risulti culturalmente e linguisticamente corretta. Nel file “Semplice e chiaro” vengono riportati 5 punti fondamentali:

1. I messaggi che funzionano bene con destinatari di lingua italiana potrebbero non essere efficaci con destinatari che parlano un'altra lingua, e viceversa
2. Selezionare attentamente il traduttore
3. Evitare le traduzioni letterali
4. Usare il metodo della ritraduzione
5. Testare sul campo le bozze dei materiali con i destinatari²⁸

²⁸ Fonte: E. Barbera, E. Ferro, E. Tosco (a cura di) “Semplice e chiaro!”, una guida per realizzare materiali di comunicazione semplici e comprensibili, DORS 2018

CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE

4.1 Analisi dei bisogni e priorità di intervento preventivo

In Provincia di Trento nel periodo 2018-2021 sono stati effettuati in totale 31.939 accessi in Pronto Soccorso (PS) per incidente domestico, di questi 2.429 per incidente domestico nella fascia d'età 0-4 anni, ovvero il 7,6% degli accessi totali in PS per questa causa.

La fascia d'età 0-4 anni presenta infatti un elevato numero di accessi/anno e un elevato tasso di afferenza al PS/medio annuo per incidente domestico.

La media annuale di accessi in PS per questa fascia d'età nel periodo 2018-2021 è di 607 accessi/anno, in diminuzione rispetto agli anni precedenti, nel periodo 2014-2017 era di 726/anno, mentre nel periodo 2007-2013 di 759/anno²⁹.

Nell'anno 2018 il tasso di afferenza medio annuo per incidente domestico in questa fascia d'età è pari a 324,3 accessi in PS ogni 10.000 bambini di età 0-4 anni. Anche questo dato mostra una tendenza in continuo calo, nel 2019 risulta paria a 286,1 accessi in PS ogni 10.000 bambini, nel 2020 è pari a 247,0 accessi, mentre nel 2021 corrisponde a 204,1 accessi ogni 10.000 bambini.

Trend

Come accennato, l'andamento temporale di accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico infantile (0-4 anni) è in continua diminuzione (Grafico 1). Infatti, si verifica un calo statisticamente significativo (p -value del test per il trend di Cochran-Armitage $<0,0001$) di 2,54 casi ogni 100 mesi. Non sono state riscontrate differenze di tendenza nel periodo Covid-19, infatti nei mesi di lockdown, segnati in rosso all'interno del grafico, il numero di accessi in PS per incidenti domestici infantili sono sovrapponibili alla linea di tendenza generale.

²⁹ Fonte: Antonella D'Alpaos, Martina De Nisi, Silvano Piffer, Sergio Demonti, "Gli incidenti domestici pediatrici in provincia di Trento, anni 2014-2017", Servizio epidemiologia clinica e valutativa, dipartimento di governance, Trento, giugno 2019

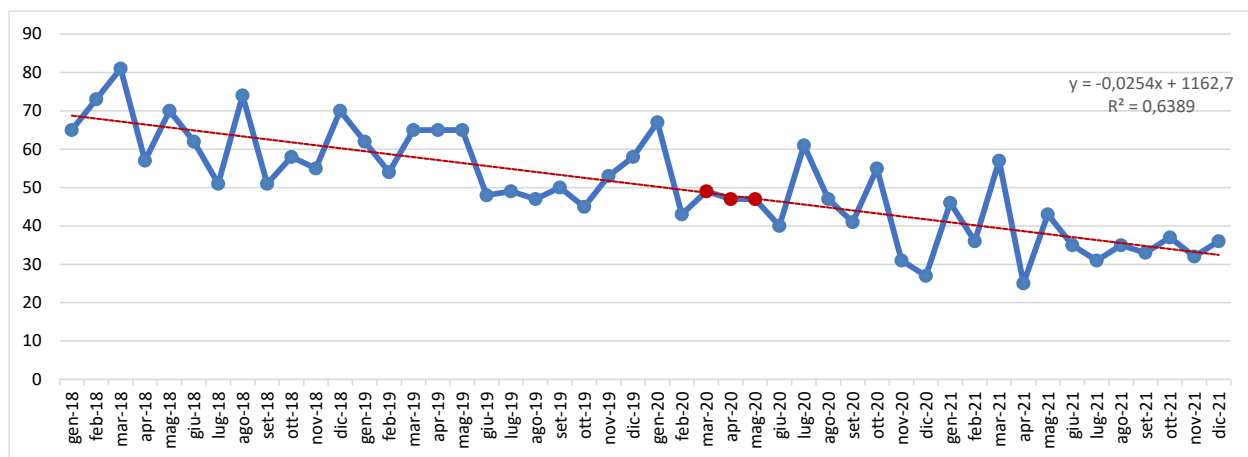


Grafico 1: Andamento temporale accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, nel periodo 2018-2021

media	50,6
var	179,4
cv	0,2647

Accessi in PS

Nel periodo 2018-2021 si registra una media di circa 50,6 accessi PS/mese per incidente domestico nella fascia d'età 0-4 anni. (Grafico 2)

I mesi che riportano il maggiore numero di incidenti domestici sono rispettivamente marzo, gennaio e maggio.

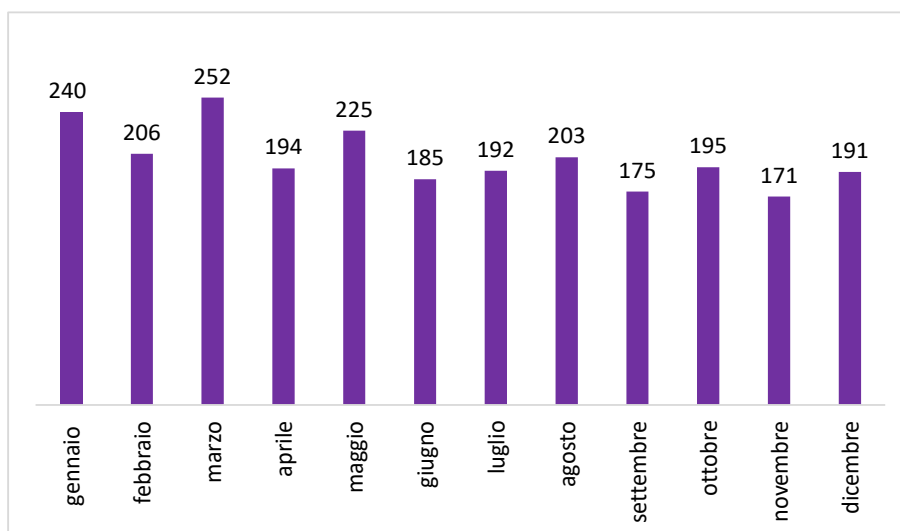


Grafico 2: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, distribuzione degli accessi mensili, periodo 2018-2021

Gli accessi in PS risultano essere distribuiti su tutti i giorni della settimana (Grafico 3), con un punto di minima il giovedì (12,4%) e con due giornate, il sabato e la domenica, che presentano un

valore (sabato 435 accessi e domenica 403) oltre il livello medio di accessi per giorno della settimana, che è pari a 347.

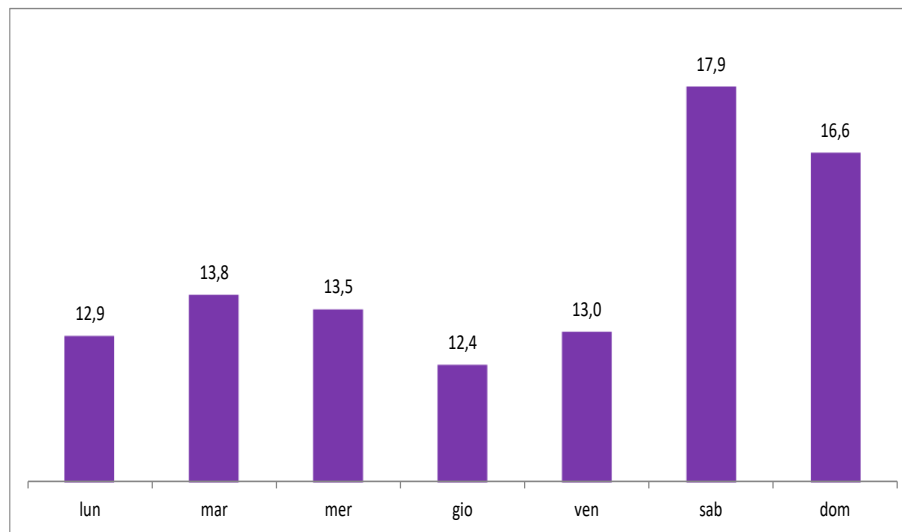


Grafico 3: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni per giorno della settimana periodo 2018-2021

Livello di gravità

La maggior parte degli accessi in PS è collegata ad eventi di gravità lieve (codici bianco e verde), solamente al 10,4% degli accessi in Pronto Soccorso è stato attribuito un codice giallo o arancione oppure rosso.

Come già osservato nella tendenza generale, anche per quanto riguarda la gravità degli incidenti domestici infantili si assiste a un trend in continua diminuzione nel tempo. (Grafico 4)

La tendenza alla diminuzione per i codici più gravi è molto meno marcata rispetto ai codici verdi e bianchi. Ogni mese che passa il numero di accessi gravi diminuisce di 0,0011 unità.

Il coefficiente di determinazione (R^2) indica come il 2,59% della variabilità degli accessi dipenda dal tempo che passa.

Gli incidenti più gravi, oltre ad essere inferiori di numero rispetto ai codici più lievi, sono anche maggiormente costanti nel tempo.

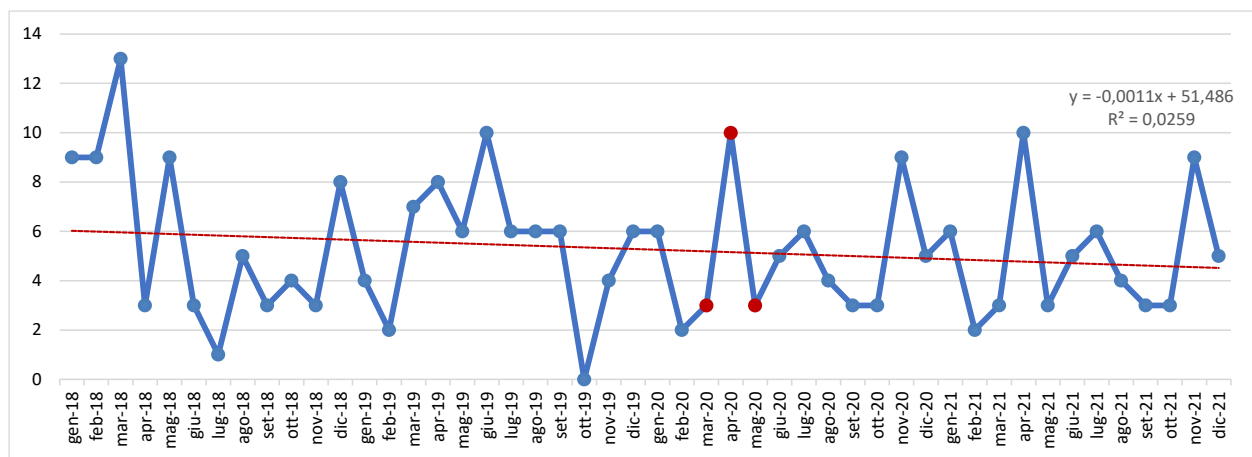


Grafico 4: Frequenze assolute di incidenti domestici infantili, età 0-4 anni con codici triage Giallo/Arancione + Rosso, periodo 2018-2021

Anche prendendo in considerazione gli accessi in PS con codice bianco o verde (Grafico 5) che rappresentano l'89,6% degli accessi in PS nella fascia d'età 0-4 anni, si osserva che nei mesi di lockdown per Covid-19 non si notano differenze rilevanti nella tendenza generale.

La tendenza alla diminuzione per i codici bianchi e verdi è molto più marcata rispetto agli altri codici. Ogni mese che passa il numero di accessi bianchi e verdi diminuisce di 0,024 unità. Il coefficiente di determinazione (R^2) indica come il 62,19% della variabilità degli accessi dipenda dal tempo che passa.

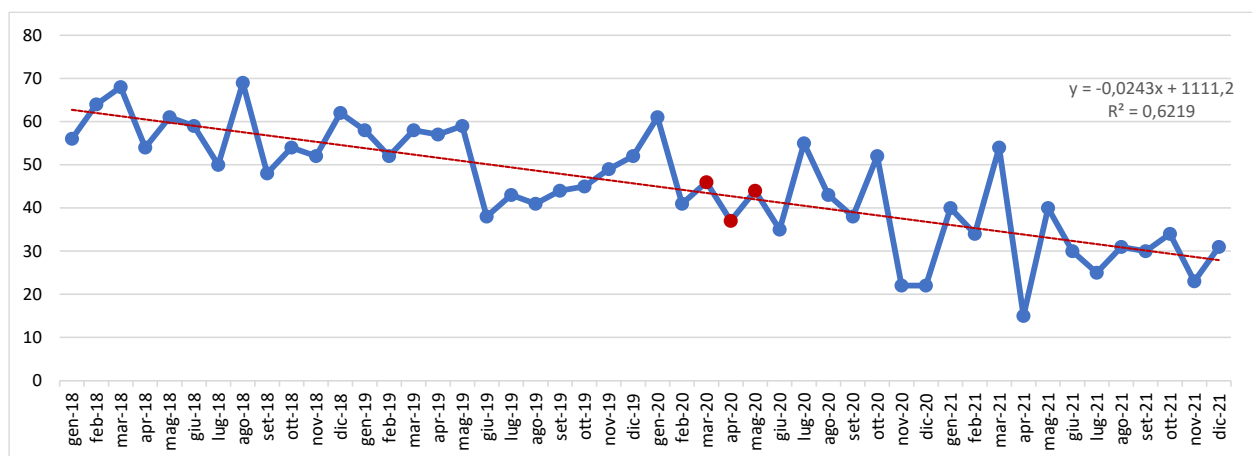


Grafico 5: Frequenze assolute di incidenti domestici infantili, età 0-4 anni con codici triage bianco e verde, periodo 2018-2021

	cod g/a + r	cod b+v
media	5	45,3
var	7	169,3
cv	0,5292	0,2786

I codici meno gravi hanno una variabilità che è il 52,65% rispetto ai codici più gravi. La variabilità totale è simile alla variabilità dei codici lievi, essendo che questi sono molto più frequenti.

Dinamica dell'evento accidentale

Considerando i dati provenienti dagli accessi in pronto soccorso nel periodo 2018-2021, si evince che la dinamica più frequente di incidente domestico nella fascia d'età 0-4 anni risulta essere caduta/inciampamento/sdrucchiolamento, che rappresenta il 70% delle casistiche, seguita da urto o schiacciamento accidentale (15,5%) e ustione da agente termico o caustico (7,1%). (Grafico 6)

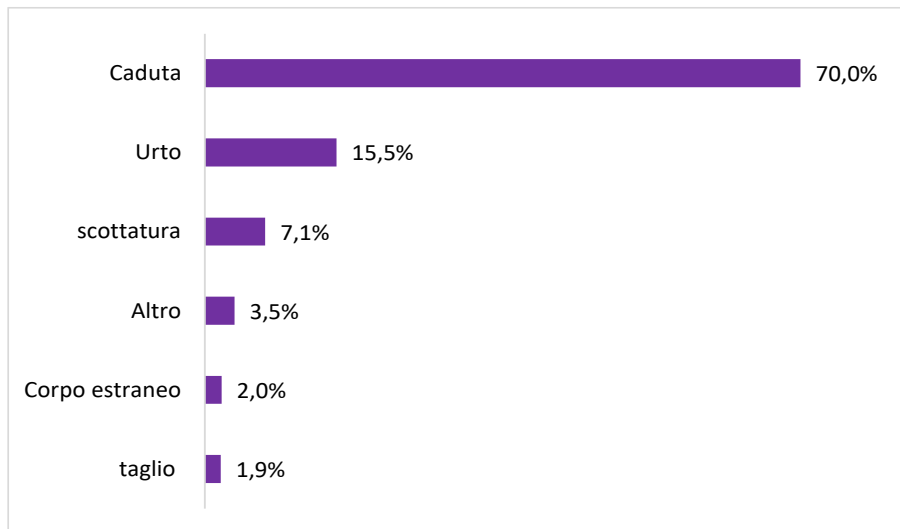


Grafico 6: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale, periodo 2018-2021

Confrontando la distribuzione percentuale di incidenti domestici in età 0-4 anni suddivisa per anno e dinamica (Grafico 7 – Tabella 1) si nota che per tutti gli anni la dinamica maggiormente frequente, in linea con ciò che è stato detto in precedenza, è la caduta/inciampamento/sdrucchiolamento, seguito da urto o schiacciamento. Non si identificano differenze rilevanti tra le dinamiche di accadimento nei differenti anni considerati dallo studio (2018-2021).

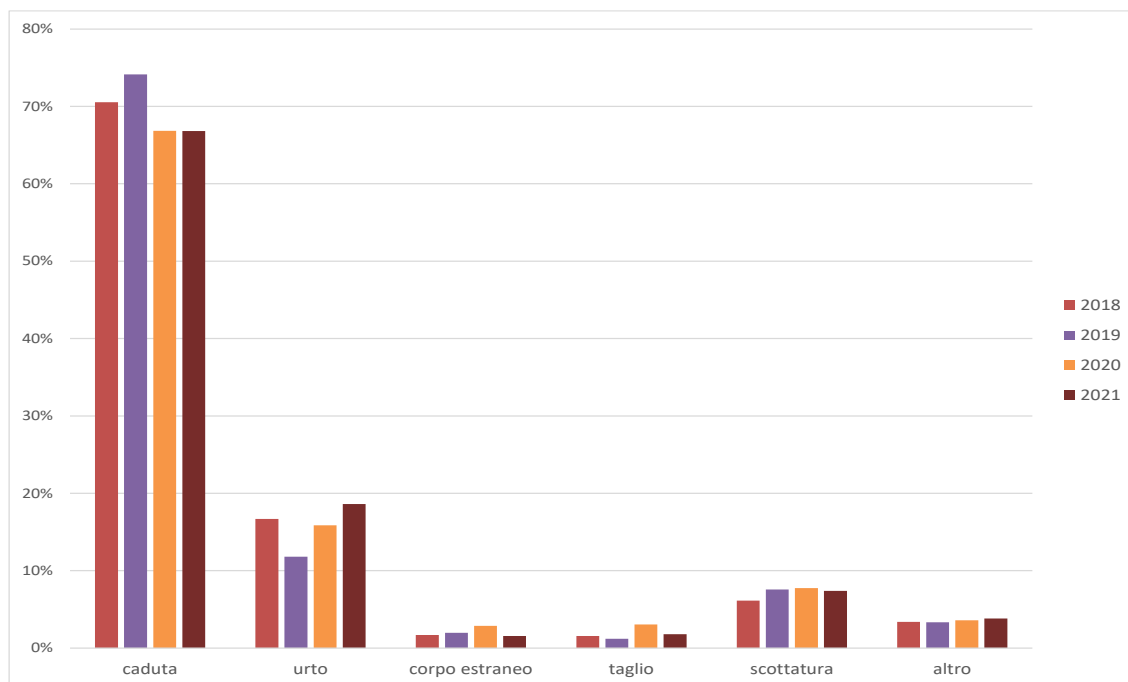


Grafico 7: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale suddivisa per anno, periodo 2018-2021

Tabella 1: Percentuali accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale suddivisa per anno, periodo 2018-2021

	2018	2019	2020	2021
Caduta	71%	74%	67%	67%
Urto	17%	12%	16%	19%
corpo estraneo	2%	2%	3%	2%
Taglio	2%	1%	3%	2%
Scottatura	6%	8%	8%	7%
Altro	3%	3%	4%	4%

Mettendo a confronto la dinamica accidentale e l'età del bambino (Grafico 8) si evince che caduta/inciampamento/sdruciolamento sia la causa principale di accessi in PS per ogni fascia d'età presa in studio, questa raggiunge l'apice nel primo anno di vita, rappresentando il 78,2% delle cause di accesso in PS, e si riduce con l'aumentare dell'età, si nota un leggero aumento della percentuale nei bambini di 4 anni, dove raggiunge il 68,9%.

Diversamente la percentuale di accessi per urto e schiacciamento aumenta fino ai 3 anni d'età, dove rappresenta il 20,92% degli accessi, per poi diminuire fino ai 4 anni rappresentando il 17,9%.

Gli accessi in PS a seguito di ferita da corpo estraneo o taglio hanno un andamento crescente in proporzione all'età del bambino, con l'aumentare dell'età aumenta la percentuale di accessi in PS per queste cause, seppur di poco.

Infine, gli accessi in PS a causa di ustioni da agente termico e caustico seguono un andamento decrescente con l'aumentare dell'età, passando dal 9,3% degli accessi in PS nei bambini sotto 1 anno d'età, al 4,8% nei bambini di 4 anni.

Statistica	DF	Valore	p-value
Chi-quadrato	20	53,5793	<0,0001

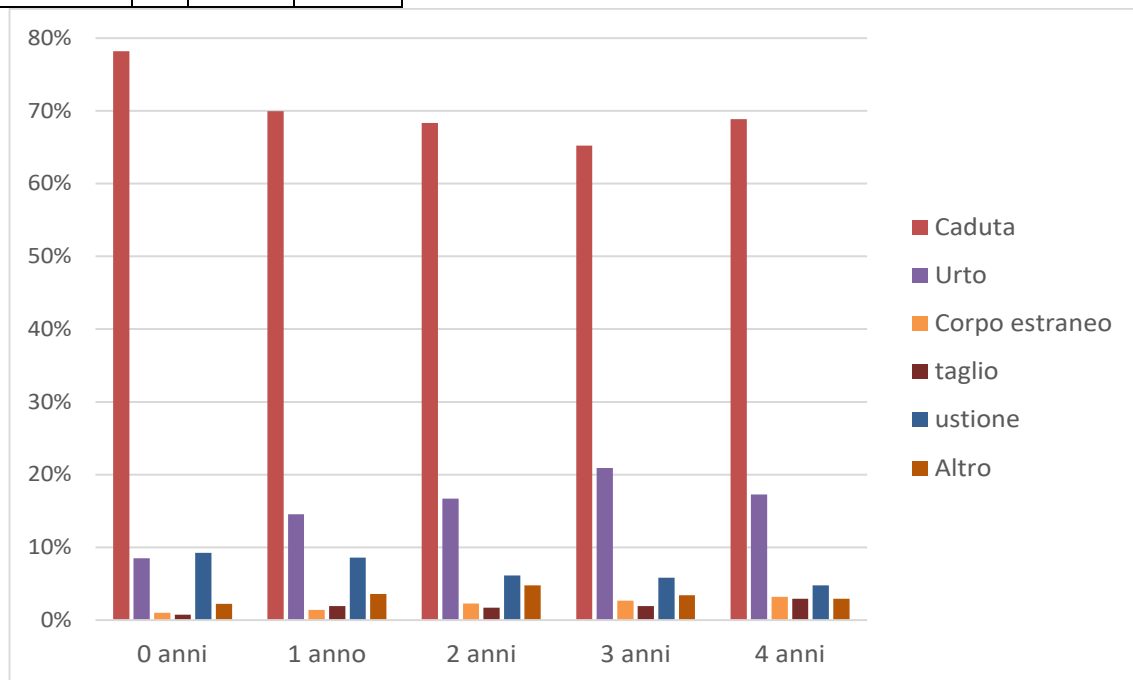


Grafico 8: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale per classe d'età, periodo 2018-2021

Il test del Chi-quadro, con p-value minore di 0,001, risulta essere statisticamente significativo. La dinamica dell'evento accidentale risulta, quindi, associata all'età del bambino.

Confrontando le dinamiche di incidente domestico con il genere del bambino (Grafico 9), si nota come la prima dinamica di incidente domestico resta la caduta/inciampamento/sdruciolamento, per entrambi i generi, anche se la percentuale risulta essere maggiore nei bambini (71,34%) rispetto alle bambine (68,1%).

Per quanto riguarda le percentuali di incidente causato da urto o schiacciamento oppure da corpo estraneo sono sovrapponibili nei due generi.

Per taglio e ustione da agente termico e caustico si registra una differenza di genere nella distribuzione percentuale, che risulta essere leggermente più alta nelle femmine

Statistica	DF	Valore	p-value
Chi-quadrato	5	11,4959	0,0424

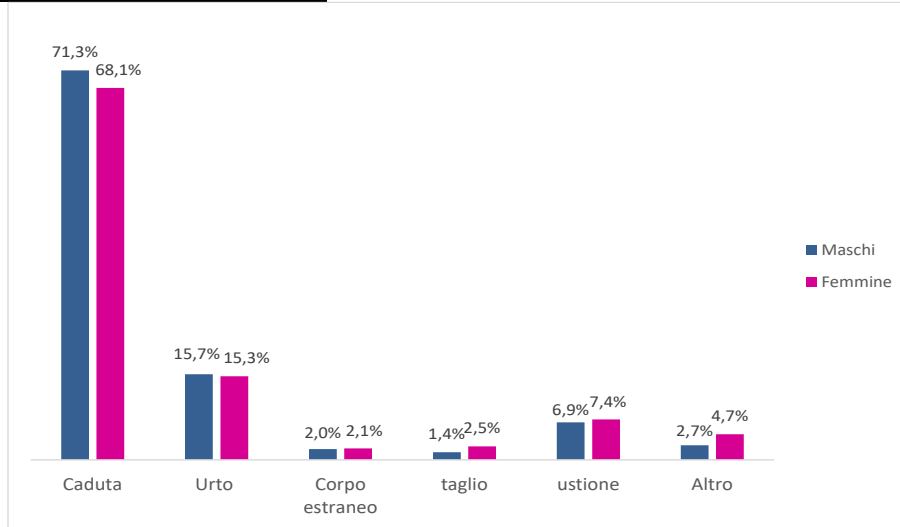


Grafico 9: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, per dinamica dell'evento e genere, periodo 2018-2021

Il test del Chi-quadrato, con un p-value pari a 0,0424, risulta essere statisticamente significativo. La dinamica dell'evento accidentale è quindi associata al genere del bambino.

Con il fine di misurare l'associazione tra le due variabili si è calcolato il valore di V di Cramer, che risulta essere pari a 0,0688: vi è un legame di entità limitata tra le variabili considerate, pur essendo questo statisticamente significativo.

Attività svolta nel momento dell'incidente

Le attività svolte al momento dell'infortunio domestico risultano essere collegate maggiormente al gioco o all'attività sportiva (36,2%), ad attività di vita quotidiana, come igiene personale, mangiare, bere, dormire, camminare (20,4%) e infine ad attività domestiche (11,94%). (Grafico 10)

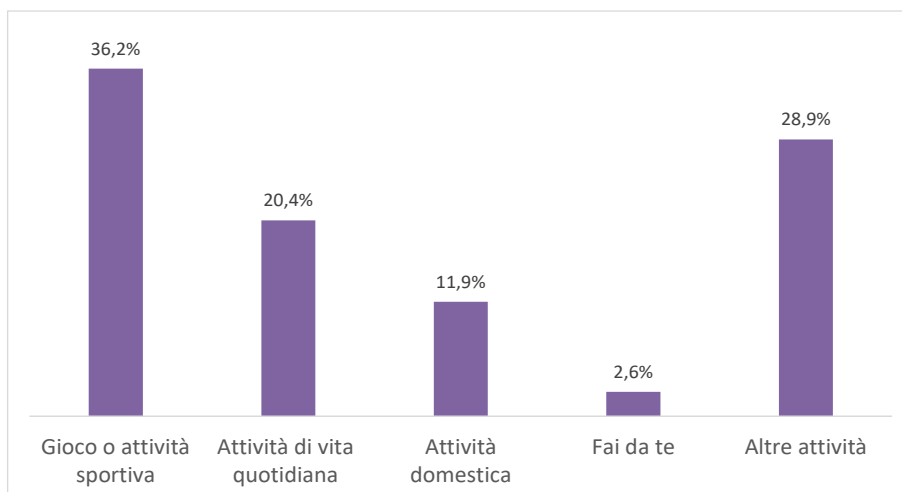


Grafico 10: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, attività svolta in occasione dell'evento accidentale, periodo 2018-2021

Confrontando le attività svolte in occasione dell'evento accidentale in base all'età del bambino (Grafico 11) si nota che con l'aumentare dell'età aumenta visibilmente la percentuale di gioco o attività sportiva svolti in occasione dell'incidente domestico, che passa dal rappresentare il 18,3% delle attività svolte in occasione dell'incidente nei bambini di 0 anni, a rappresentare il 43,88% nei bambini di 4 anni.

Il trend delle percentuali di attività di vita quotidiana svolta in occasione dell'incidente, per singoli anni d'età, decresce fino ai due anni, dove raggiunge la percentuale minima (16,1%), per poi crescere nuovamente, arrivando a rappresentare il 20,5% dell'attività svolta in occasione dell'evento accidentale nei bambini di 4 anni.

Per quanto riguarda l'attività domestica e il fai da te, invece, non si evidenziano differenze considerevoli fra le differenti età.

Statistica	DF	Valore	p-value
Chi-quadrato	16	93,063	<0,0001

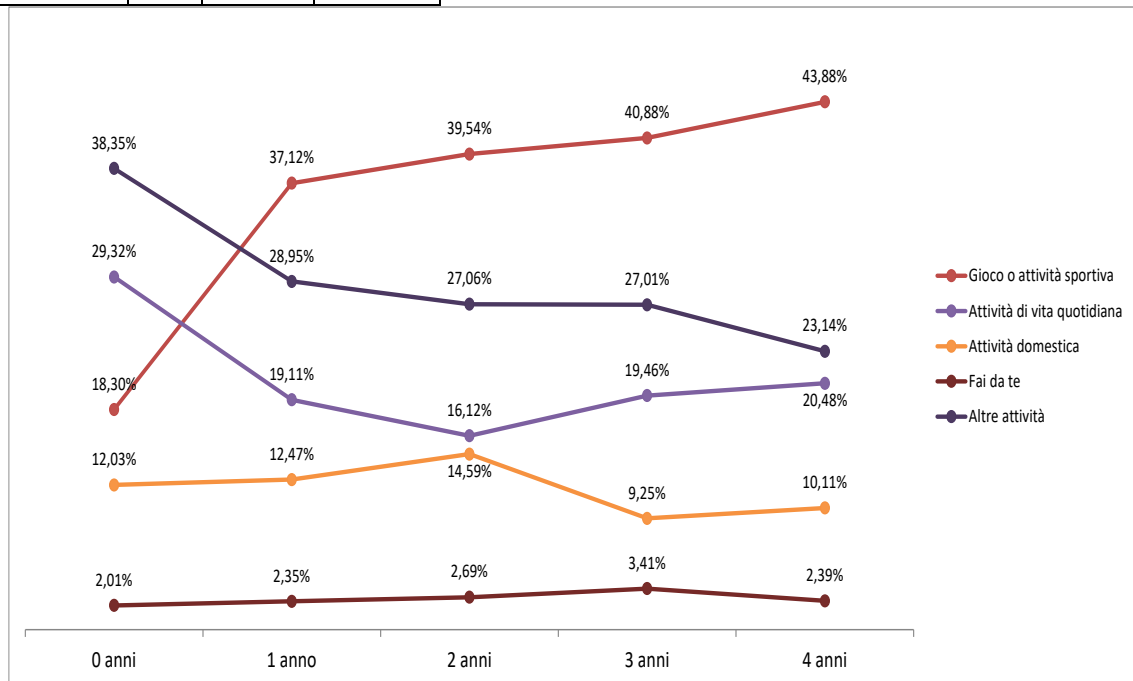


Grafico 11: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, attività svolta in occasione dell'evento accidentale per classi d'età, periodo 2018-2021

Il test Chi-quadro, con un p-value minore a 0,0001, risulta essere significativo. L'attività svolta in occasione dell'evento accidentale è quindi associata all'età del bambino.

Con il fine di misurare l'intensità dell'associazione tra le due variabili si è calcolato il valore di V di Cramer, che risulta essere pari a 0,0979: vi è un legame di entità limitata tra le variabili considerate.

Se invece si confrontano le attività svolte in occasione dell'evento accidentale con il genere del bambino (Grafico 12) si nota che l'attività maggiormente svolta da entrambi i generi resta il gioco o l'attività sportiva, che rappresentano il 34,8% dell'attività svolte dalle bambine femmine e il 37,3% delle attività svolte dai bambini.

Per quanto riguarda le attività di vita quotidiana, rappresentano una percentuale leggermente maggiore nelle bambine (22,5%) rispetto ai bambini (18,94%).

Al contrario l'attività domestica è svolta in occasione dell'incidente domestico maggiormente nei bambini.

Per quanto riguarda il fai da te le percentuali sono sovrapponibili in entrambi i generi (2,4% nelle bambine e 2,7% nei bambini).

Nella fascia d'età 0-4 anni non si presenta ancora una forte differenza di genere nell'attività svolta in occasione dell'evento accidentale.

Statistica	DF	Valore	p-value
Chi-quadrato	4	11,5115	0,0214

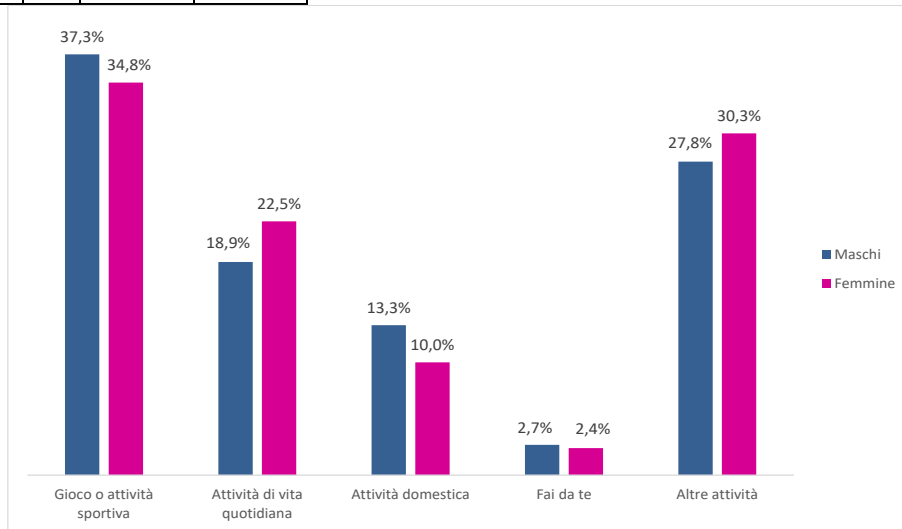


Grafico 12: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, attività svolta in occasione dell'evento accidentale per genere, periodo 2018-2021

Il test del Chi-quadro, con un p-value pari a 0,0214, risulta essere statisticamente significativo. L'attività svolta in occasione dell'evento accidentale è quindi associata al genere del bambino. Con il fine di misurare l'intensità dell'associazione tra le due variabili si è calcolato il valore di V di Cramer, che risulta essere pari a 0,0688: vi è un legame di entità limitata tra le variabili considerate.

Luogo di ricorrenza dell'evento accidentale

La cucina rappresenta lo spazio in cui ricorrono maggiormente incidenti domestici nella fascia d'età 0-4 anni (17,3%), seguita da bagno (5,8%), scale e ballatoi (4,9%) e garage, cantina e luoghi esterni (4,8%). (Grafico 13)

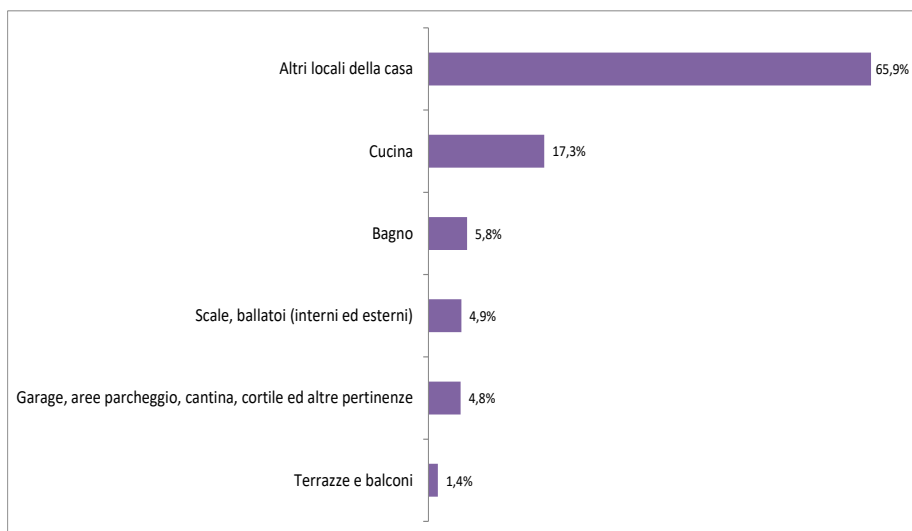


Grafico 13: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale, periodo 2018-2021

Mettendo a confronto il luogo di occorrenza degli incidenti domestici con le differenti età in studio si nota come per tutte le età il luogo dove maggiormente sono avvenuti incidenti domestici è la cucina. (Grafico 14 – Tabella 2). La percentuale di eventi accidentali avvenuti in questa stanza della casa muta in base all'età del bambino, il 18,6% degli eventi accidentali in bambini di 0 anni è accaduto in cucina, percentuale che sale fino al 20,8% per i bambini di 1 anno d'età. Nel secondo e nel terzo anno d'età decresce fino a raggiungere il 13,4%, infine aumenta nuovamente al 4° anno d'età raggiungendo il 14,6%.

La percentuale di incidenti domestici occorsi all'interno del bagno decresce fino al 1° anno d'età e poi cresce fino ai 3 anni d'età, dove è pari al 7,8%, infine decresce leggermente al 4 anno (6,7%). Gli incidenti avvenuti in garage, cantina e zone esterne della casa crescono al crescere dell'età, nei bambini di 0 anni l'1,8% degli incidenti domestici è avvenuto in garage o altre pertinenze, percentuale che cresce fino a rappresentare l'8,0% nei bambini di 4 anni d'età.

Infine, gli incidenti domestici avvenuti in terrazze e balconi non presentano differenze rilevanti nelle differenti età.

Il test del Chi-quadro, con un p-value pari a 0,0003, risulta essere significativo. Il luogo di accadimento dell'incidente è quindi associato all'età del bambino.

Con il fine di misurare l'intensità dell'associazione tra le due variabili si è calcolato il valore di V di Cramer, che risulta essere pari a 0,0712: vi è un legame di entità limitata tra le variabili considerate.

Statistica	DF	Valore	p-value
Chi-quadrato	20	49,2102	0,0003

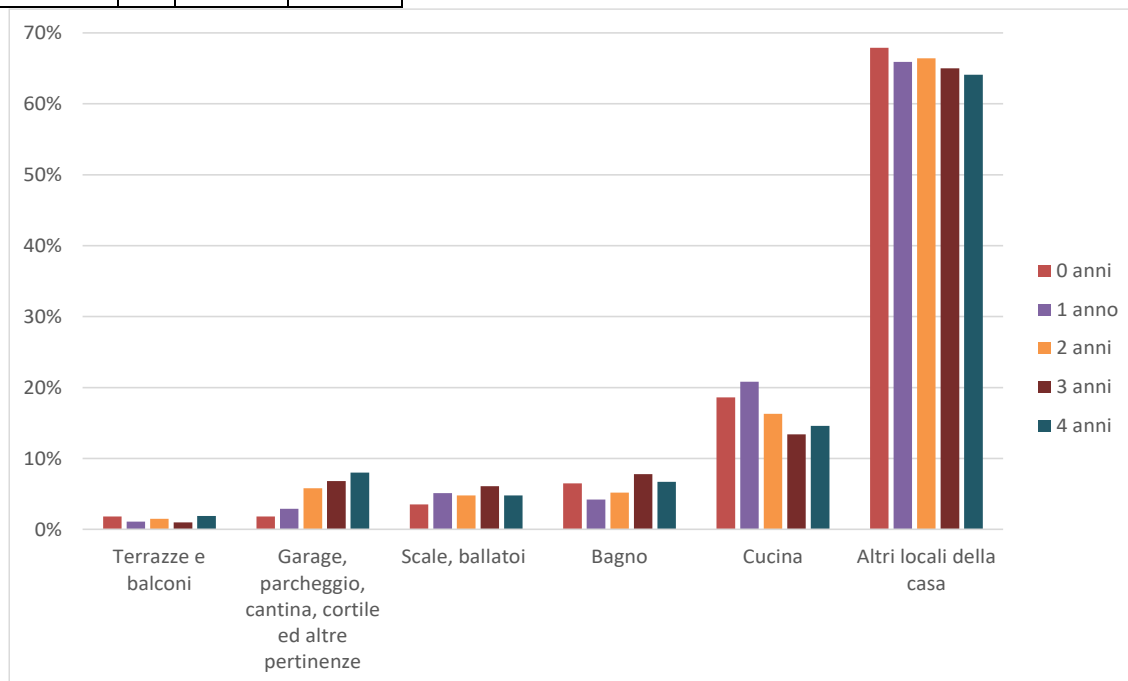


Grafico 14: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale per età, periodo 2018-2021

Tabella 2: Percentuali accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale per età, periodo 2018-2021

luogo incidente domestico	età				
	0	1	2	3	4
cucina	18,55%	20,78%	16,31%	13,38%	14,63%
bagno	6,52%	4,16%	5,18%	7,79%	6,65%
altri locali della casa	67,92%	65,93%	66,41%	64,96%	64,10%
scale, ballatoi (interni ed esterni)	3,51%	5,12%	4,80%	6,08%	4,79%
terrazze e balconi	1,75%	1,11%	1,54%	0,97%	1,86%
garage, parcheggio, cantina, cortile ed altre pertinenze	1,75%	2,91%	5,76%	6,81%	7,98%

Mettendo a confronto il luogo di occorrenza dell'incidente domestico con il genere del bambino si nota che i bambini maschi hanno avuto più infortuni, rispetto alle bambine, in luoghi quali terrazze e balconi, garage, cantina e cortile e scale e ballatoi (Grafico 15). Le bambine, invece, hanno avuto maggiori incidenti domestici infantili, rispetto ai bambini, all'interno della cucina. Per quanto riguarda gli incidenti domestici avvenuti in bagno le percentuali di bambini (5,9%) e bambine (5,7%) sono sovrapponibili.

Statistica	DF	Valore	p-value
Chi-quadrato	5	3,997	0,5499

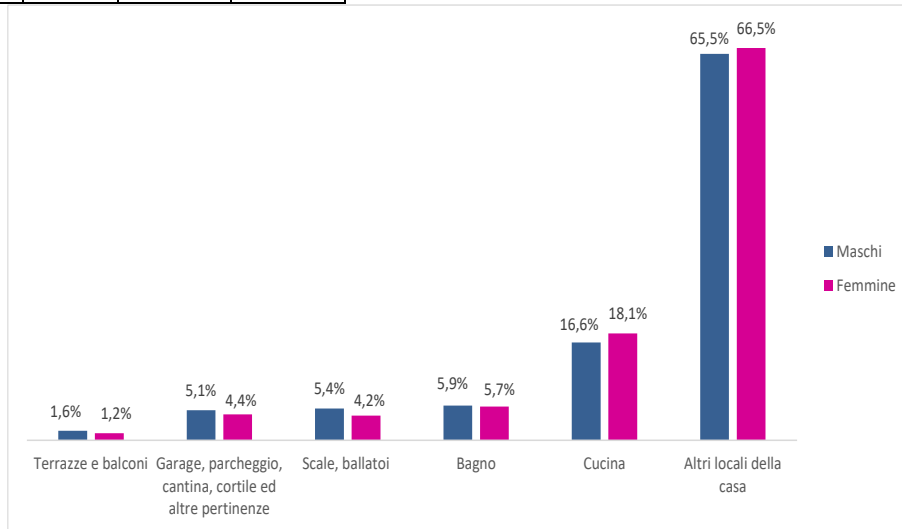


Grafico 15: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale per genere, periodo 2018-2021

Il test del Chi-quadro ha un p-value pari a 0,5499, quindi non risulta essere statisticamente significativo. Il luogo di accadimento dell'incidente non è, quindi, associabile al genere del bambino (indipendenza).

Tipologia del trauma

Il trauma maggiormente frequente è il trauma cranico che rappresenta la causa del 30,4% degli accessi in PS, seguito da ferita/abrasione (25,7%), contusione (13,9%) e trauma (8,9%).

In percentuali minori sono presenti ustioni, fratture e ingestione di liquidi. (Grafico 16)

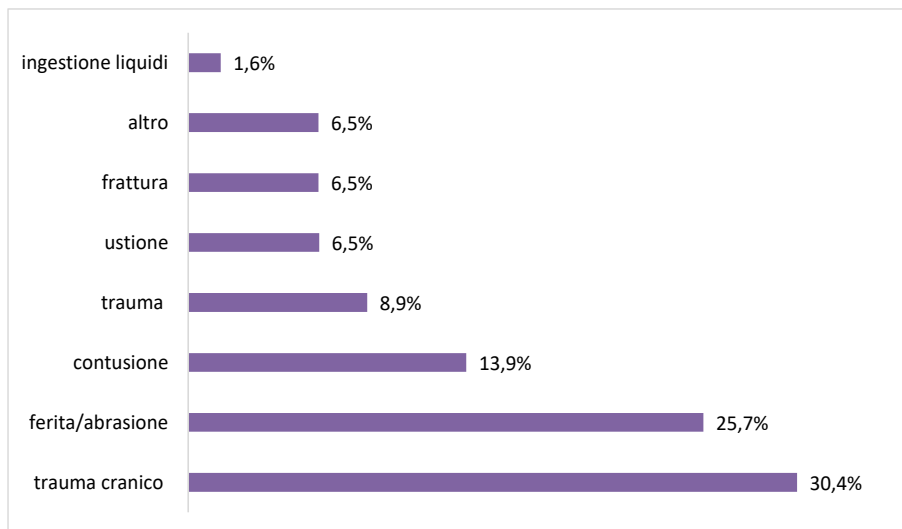


Grafico 16: Distribuzione degli incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, per diagnosi principali, periodo 2018-2021

Sede del trauma

I traumi coinvolgono maggiormente testa e volto (64%), seguiti da arti superiori (18%) e arti inferiori (6%). Si presentano con minor frequenza traumi che coinvolgono il torace (3%) e più sedi corporee (1%).

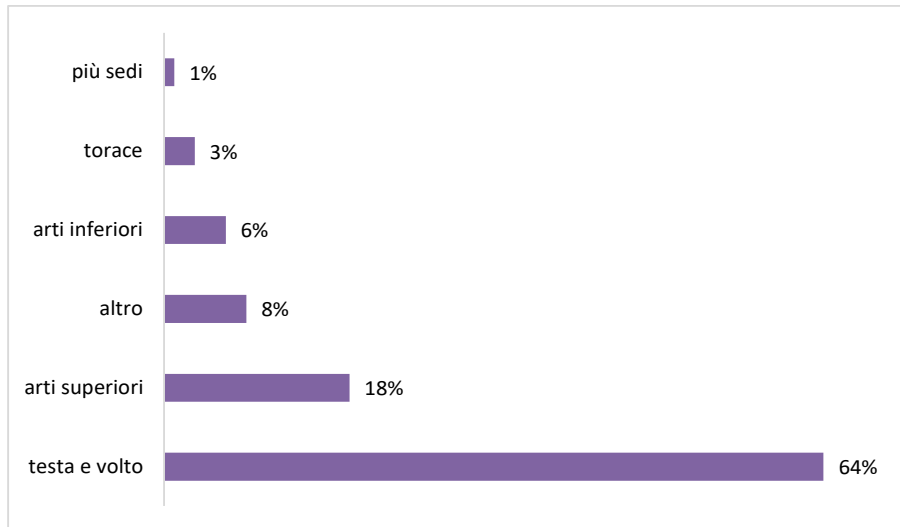


Grafico 17: distribuzione percentuale degli incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, per sede del trauma, periodo 2018-2021

4.2 Analisi fattori di rischio individuali riportati in letteratura

Nella letteratura vengono indicati come fattori di rischio per incidente domestico infantile fattori individuali oppure ambientali. Dai dati provenienti dal Pronto Soccorso è stato possibile fare un'elaborazione solo di alcuni di questi fattori, tra questi l'età, il genere e la nazionalità del bambino.

Età

Per quanto riguarda l'età (Grafico 18) dall'elaborazione dei dati, si riscontra ciò che è stato evidenziato in letteratura. I bambini che presentano maggiori incidenti domestici nella fascia 0-4 anni, sono i bambini di un anno d'età, a cui succedono rispettivamente i bambini di 2 anni, 0 anni, 3anni e 4 anni.

Infatti, è dal primo anno d'età che i bambini cominciano a spostarsi, a camminare e, successivamente, ad arrampicare, essendo, però, non ancora abili nei movimenti hanno un rischio elevato di incorrere in un incidente domestico. Per ciascuna età analizzata si registra un trend di decremento (2018-2021) dei tassi d'incidenza per 10.000 residenti in età 0-4 anni.

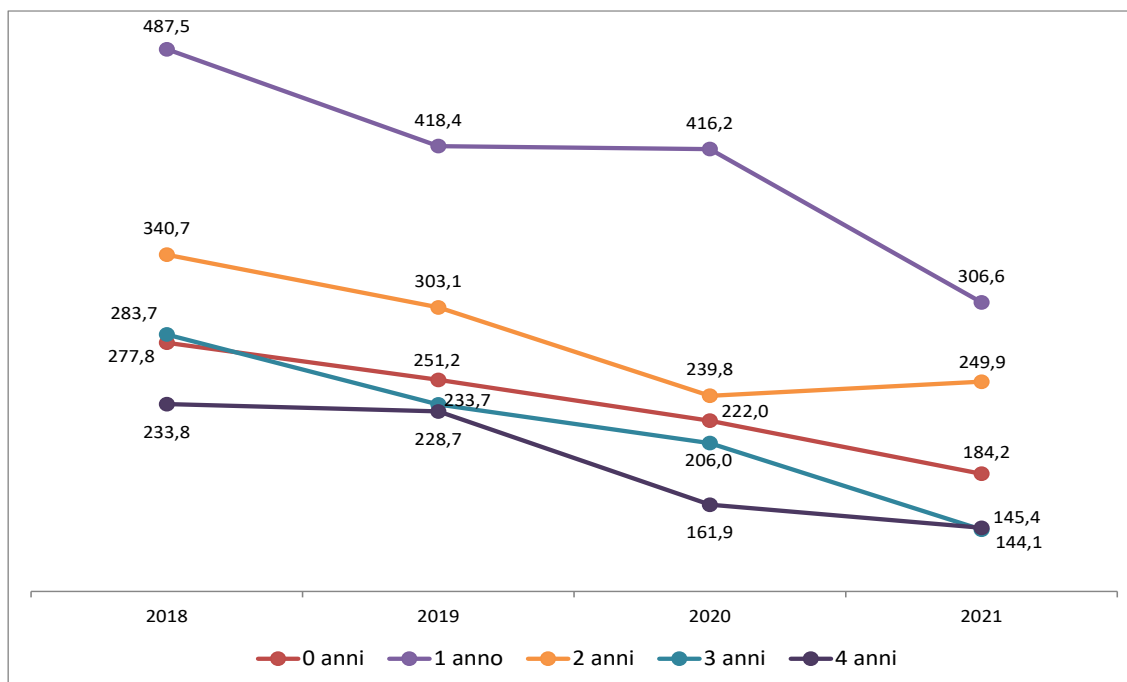


Grafico 18: Tassi d'incidenza di incidenti domestici infantili, per 10.000 residenti di età 0-4 anni, Periodo 2018-2021

Genere

Anche per quanto riguarda il genere i dati emersi sono in linea con le evidenze scientifiche. I bambini maschi sono maggiormente colpiti da infortuni domestici infantili rispetto alle bambine. (Grafico 19)

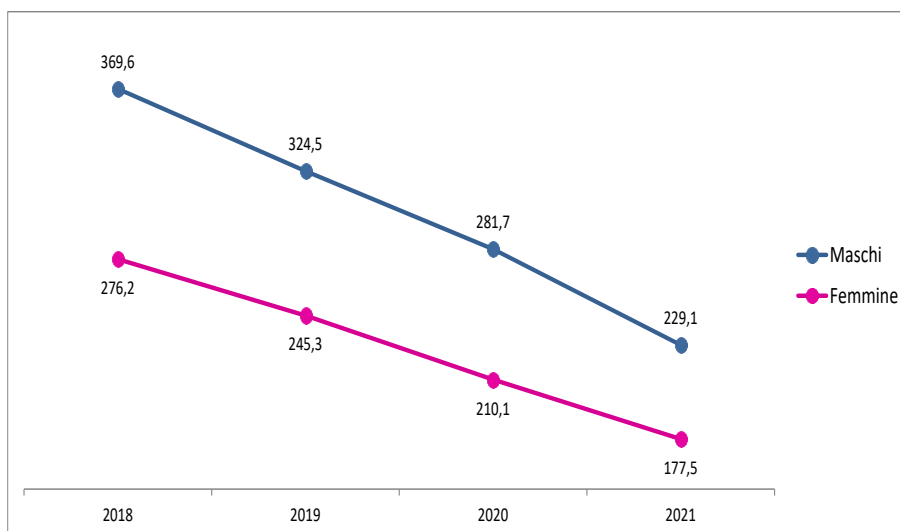


Grafico 19: Tassi d'incidenza di incidenti domestici infantili, per 10.000 residenti di età 0-4 anni, per genere, periodo 2018-2021

Mettendo a confronto per ogni anno d'età i tassi di incidenza di incidenti domestici infantili con il genere si riscontra che per ogni fascia d'età sono maggiori gli incidenti domestici nei bambini

maschi e nuovamente si nota che la fascia d'età che presenta tassi di incidenza più elevati è la fascia che comprende bambini con 1 e 2 anni d'età.

Cittadinanza

L'86,1% dei bambini che hanno avuto accesso in pronto soccorso per incidente domestico infantile hanno cittadinanza italiana, solo il 13,9% dei bambini è risultato essere straniero.

Anche prendendo in considerazione i tassi d'incidenza degli incidenti domestici infantili, mettendo a confronto bambini con cittadinanza italiana e bambini extracomunitari, si nota che i bambini italiani, in tutti e quattro gli anni considerati dallo studio, mostrano un tasso d'incidenza maggiore rispetto ai bambini stranieri. Questi ultimi mostrano inoltre un calo più repentino, soprattutto prendendo in considerazione i tassi d'incidenza dell'anno 2021. (Grafico 20)

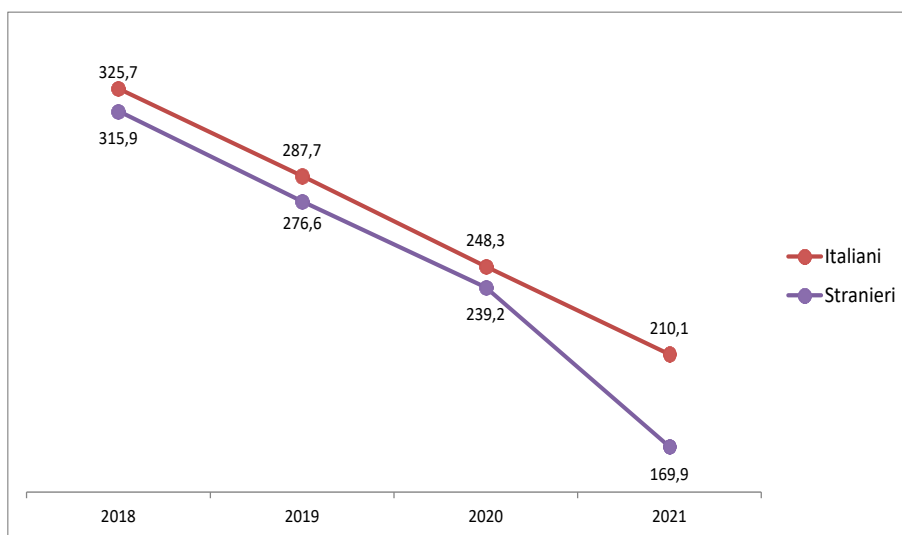


Grafico 20: Tassi d'incidenza di incidenti domestici infantili, per 10.000 residenti di età 0-4 anni, per cittadinanza, periodo 2018-2021

CAPITOLO 5 – PROGETTO

5.1 Proposte di miglioramento nella prevenzione degli incidenti domestici in età infantile

5.1.1 Possibili miglioramenti agli interventi attivi e materiali in uso

La capacità di percezione dei rischi e di individuare e minimizzare i pericoli sono assimilabili efficacemente in un percorso di accompagnamento e sviluppo della persona. Questo percorso di sensibilizzazione dovrebbe essere protratto nel tempo, per tutta l'infanzia, e dovrebbe tenere conto delle persone a maggiore rischio.

Può essere utile, in un'ottica di miglioramento degli interventi attivi in APSS formulare un percorso maggiormente strutturato e di collaborazione tra le differenti figure professionali che hanno contatti con i bambini ed i genitori.

Nella Linea Guida per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, viene descritto “un percorso per i nuovi nati”, intervento che tiene conto dei differenti momenti in cui dovrebbe essere trattato il tema degli incidenti domestici, con il fine di ridurre la frequenza.

Il percorso ha inizio con la sensibilizzazione della gestante e della coppia al problema della sicurezza domestica con interventi da mettere in atto durante i corsi parto e i corsi di accompagnamento alla nascita.

Successivamente il tema dovrebbe essere ripreso nei momenti in cui il bambino ed i genitori vengono in contatto con operatori sanitari.

I pediatri possono mantenere la sensibilizzazione attraverso il libretto pediatrico ed i bilanci di salute, che accompagnano il bambino fino all'età di 14 anni. Inoltre, potrebbe essere definito un percorso integrato di promozione della sicurezza domestica lungo tutto l'arco dell'età evolutiva del bambino in collaborazione con questa figura professionale.

L'assistente sanitario, o il professionista della sanità, che lavora presso gli ambulatori di Igiene pubblica dovrebbe richiamare l'attenzione sul tema degli incidenti domestici, con valutazione della consapevolezza e verifica durante il contatto con i servizi vaccinali.

Infine, gli interventi messi in pratica nei primi anni di vita dovrebbero essere ricordati con degli interventi di sensibilizzazione da sviluppare nel corso della scuola materna e della scuola elementare.³⁰

³⁰ Fonte: Giulia Candiani, Patrizia Salvaterra, Zadig, Milano, “La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, linea guida prevenzione”, febbraio 2017, aggiornamento febbraio 2022

Ulteriori miglioramenti che potrebbero essere fatti nella prevenzione degli incidenti domestici infantili potrebbero essere l'introduzione dell'utilizzo di una *check list*, da proporre in occasione della nascita del bambino o durante le visite domiciliari, per la rilevazione dei bambini maggiormente a rischio di incidente domestico e l'organizzazione di visite domiciliari indirizzate a quest'ultimi.

La *check list* è uno strumento utile ad individuare i bambini che presentano uno o più fattori di rischio, riportati in letteratura e descritti nel capitolo 1 – Introduzione, di incorrere in un incidente domestico (età della madre inferiore a 24 anni, famiglia monoparentale, famiglie con più di due fratelli, figli di madri non occidentali, bassa istruzione del padre, difficoltà famigliari come condizione di tossicodipendenza dei genitori).

Inoltre, la *check list* è uno strumento basilare nella rilevazione di eventuali rischi presenti in casa e nel fornire informazioni di base su come rimuoverli.

Per rispondere a quest'ultimo scopo, la *check list* dovrebbe fornire una visuale complessiva della casa e dei suoi rischi, inoltre deve dare indicazione sulle azioni mirate alla prevenzione degli incidenti domestici da intraprendere.

Dovrebbe seguire un ideale percorso di visita dell'abitazione e prende in considerazione 8 macroaree quali, elementi comuni a tutti gli ambienti, cucina, bagno, camera da letto, soggiorno, ripostiglio, atrio/corridoi e scale. Per ogni ambiente della casa vengono identificati i “possibili problemi”, ovvero un sommario dei vari argomenti che richiedono attenzione, ai quali sono associati suggerimenti e raccomandazioni sulle misure da adottare. Infine, dovrebbe essere presente uno spazio in cui l'operatore sanitario, oppure l'utente, può prendere nota della situazione presente all'interno dell'abitazione.³¹

Il risultato della *check list* dovrebbe essere in grado di indirizzare gli interventi degli operatori sanitari nei confronti delle famiglie che risultano presentare maggior rischio di incidente domestico infantile.

L'individuazione delle famiglie più a rischio, a cui rivolgere successivamente interventi preventivi mirati, consente di rispondere ad una delle raccomandazioni più efficaci riportate dalle evidenze di letteratura.

³¹ Fonte: CCM, Gruppo sicurezza abitazioni, “Lista di controllo (check list) per le abitazioni, principi generali per la predisposizione della check list”

Uno strumento utile nella sensibilizzazione sulla sicurezza domestica dei genitori è rappresentato dalla visita domiciliare.

La visita domiciliare è un servizio che attualmente i Consultori dell'APSS propongono a tutte le neomamme che partoriscono in un punto nascita della Provincia di Trento. Questa è svolta da un'ostetrica ed è attivata dal giorno successivo alla dimissione della neomamma. La finalità è quella di garantire che tutte le mamme ricevano supporto sociale e siano in rapporto continuo con servizi sanitari, sociali e educativi. Allo stato attuale, durante queste visite, non viene affrontato il tema degli incidenti domestici o viene affrontato solamente il riferimento agli incidenti che possono accadere nei neonati.

Dalle principali revisioni sistematiche si evince che i programmi di educazione e formazione dei neogenitori, svolti prevalentemente presso l'abitazione delle famiglie e volti a migliorare i comportamenti di sicurezza domestica, risultano efficaci nella riduzione di incidenti non intenzionali nei bambini piccoli.³² Sono presenti, inoltre, prove abbastanza coerenti che migliorano anche la sicurezza domestica.

Le evidenze si riferiscono in modo particolare agli interventi forniti a famiglie provenienti da popolazioni svantaggiate, che riportano un rischio alto di eventi avversi per la salute dei bambini o le cui famiglie possano beneficiare di un sostegno extra.³³

5.1.2. Opuscolo informativo

Il materiale informativo sulla salute dei pazienti è ampiamente utilizzato dalle aziende sanitarie e dai professionisti come strumento di educazione del paziente e di promozione della salute.

Può essere utilizzato come rinforzo a informazioni fornite in un contesto individuale, oppure può fungere da riferimento come ricordo di informazioni ricevute in precedenza.

I materiali informativi sono ritenuti non efficaci qualora sostituiscano la comunicazione verbale tra utente e operatore sanitario. Tuttavia, ci sono prove che i pazienti non conservano la maggior parte delle informazioni fornite dai loro medici a causa della mancanza di tempo durante la consultazione. Per questo, volantini e altri materiali informativi sanitari, possono migliorare

³² Fonte: Mariella Di Pilato, Paola Capra, Sonia Scarponi (a cura di) – DoRS, Regione Piemonte, “Visite domiciliari per mamme e bambini”, Settembre 2016

³³ Fonte: Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart- Brown S. “Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood”. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 (6)

l'aderenza e promuovere cambiamenti nello stile di vita degli utenti integrando e rafforzando il messaggio verbale fornito dal personale sanitario.³⁴

L'utilizzo di materiale informativo può essere, quindi, strumento efficace sia dal punto di vista dell'educazione sanitaria dell'utente sia dal punto di vista dell'empowerment dell'utente, che sarà capace di fare scelte informate sulla propria salute.³⁵

All'interno del lavoro di tesi si è deciso di comporre del materiale informativo sul tema degli incidenti domestici infantili (Figura 1 - 2) che sintetizzi le principali norme di prevenzione.



Figura 1: Opuscolo informativo "La casa si-cura" sugli Incidenti domestici Infantili, fronte

³⁴ Fonte: Tania Moerenhout, Liesbeth Borgermans, Sandrina Schol, Johan Vansintejan, Erwin Van De Vijver e Dirk Devroey, "Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care?", Patient Preference and Adherence, 2013; 7: 489-497

³⁵ Fonte: Joanne Protheroe, Emeé Vida Estacio e Sirandou Saidy-Khan, "Materiali informativi per i pazienti nelle pratiche generali e promozione dell'alfabetizzazione sanitaria: uno studio osservazionale sulla loro efficacia", British Journal of General Practice 2015; 65 (632): e192-e197.

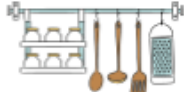





<p>CUCINA</p>  <p>Non lasciare mai il bambino solo in cucina</p> <p>Sistema oggetti taglienti, fiammiferi ed accendini in armadi o cassetti non accessibili al bambino</p> <p>Utilizza i fornelli più vicini alla parete e girare sempre all'interno i manici delle pentole</p> <p>Assicurati che il seggiolone abbia una base solida e allaccia sempre la cintura di sicurezza al bambino</p> <p>Fai attenzione ai liquidi caldi, non lasciarli a portata del bambino e non passare con pentole bollenti vicino al bambino</p>	<p>SOGGIORNO</p>  <p>Nascondi i fili elettrici e le prolunghie, utilizza appositi copripresa. Meglio non collegare più apparecchi alla stessa presa</p> <p>Accertati che i giocattoli con cui gioca il bambino siano certificati con il marchio CE</p> <p>Assicurati che i giochi non siano troppo piccoli, che abbiano un diametro maggiore di 4 cm, per evitare soffocamenti</p>	<p>SCALE</p>  <p>Installa cancelletti, conformi alla norma, in fondo e in cima alle scale,</p> <p>Insegna al bambino a salire e scendere le scale nel modo corretto</p> <p>non lasciare che il bambino utilizzi da solo le scale, finché non saprà tenersi sulle rampe in modo autonomo</p>
<p>CAMERETTA</p>  <p>Posiziona in posizione supina il bambino</p> <p>Il lettino deve essere conforme alle norme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con sponde alte almeno 80 cm • con sbarre distanziate fra loro non più di 8 cm 	<p>BAGNO</p>  <p>Regola il termostato per la temperatura dell'acqua a 32-37 °C</p> <p>Non far maneggiare il phon al bambino e controlla di aver staccato la spina quando hai finito di usarlo</p> <p>Sistema medicine, saponi, detersivi, prodotti per la casa ed oggetti taglienti (es. rasoio) fuori dalla portata dei bambini, in un armadietto chiuso</p>	<p>GIARDINO</p>  <p>Verifica che in giardino non ci siano piante o bacche velenose</p> <p>Controlla che in giardino non ci siano attrezzi pericolosi</p> <p>Vigilare i bambini in caso siano presenti piscine o vasche non protette</p> <p>Acquista altalene, dondoli, scivoli ben solidi ed ancorati a terra e verificane periodicamente lo stato di manutenzione</p>

Figura 2: Opuscolo informativo "La casa si-cura" sugli Incidenti domestici Infantili, retro

Nell'opuscolo sono riassunte le principali raccomandazioni di prevenzione degli incidenti domestici infantili, suddivise nei differenti ambienti della casa, quali la cucina, le scale, il soggiorno, il bagno, la cameretta e il giardino.

Nel comporre l'opuscolo si è tenuto conto dell'istruzione dei genitori.

In provincia di Trento, nel 2018 l'età media delle mamme al parto è di 31,9 anni, in linea con la media nazionale. Il 57,7% dei papà appartiene alla classe d'età 30-39 anni.

Per quanto riguarda l'istruzione, il 47,7% delle donne italiane che hanno partorito in Trentino nel 2018 ha la licenza media superiore, il 7,4% ha una scolarità medio bassa (licenza media inferiore o licenza elementare) e il 44,9% ha conseguito una laurea. Fra le straniere il 30,8% ha una scolarità medio bassa, il 44,9% ha la licenza media superiore e il 24,3% è laureata.

Il titolo di studio dei padri italiani risulta essere il diploma di scuola media superiore nel 55,3% dei

casi, rispetto al 50,1% dei padri stranieri. Tra gli italiani i padri laureati rappresentano il 28,4% del totale, mentre tra i padri stranieri il 16,9%. Il 16,3% dei padri italiani ha un livello d'istruzione medio-basso, mentre tra gli stranieri questa caratteristica riguarda il 33% dei casi.³⁶

È stato effettuato uno studio di leggibilità e comprensione sui contenuti dall'opuscolo utilizzando l'indice di Gulpease. Nella Figura 3 ne vengono riportati i risultati.



Figura 3: Valore indice di leggibilità opuscolo informativo

L'indice Gulpease, calcolato tramite la piattaforma online “[Calcolatore dell'Indice Gulpease \(farfalla-project.org\)](http://Calcolatore dell'Indice Gulpease (farfalla-project.org))” risulta avere un valore pari a 63. L'opuscolo risulta quindi essere di facile comprensione per chi ha licenza media o superiore, e risulta essere, invece, difficile per coloro che hanno licenza elementare. È, quindi, di facile lettura per la maggior parte della popolazione target. Attraverso l'utilizzo di una *check list*, tratta dal documento “Semplice e chiaro”³⁷, è stata inoltre valutata la presenza/assenza delle caratteristiche del materiale informativo efficace, descritte nel capitolo 3 “materiali e metodi”. Nella Tabella 3 ne vengono presentati i risultati secondo un codice colore: in verde sono evidenziati gli elementi presenti, in rosso quelli mancanti

Tabella 3: Check list per materiali semplici, tratta da "Semplice e chiaro" - DORS

Il contenuto del messaggio	Il documento (o sezione) contiene al massimo tre o quattro messaggi?		
	Avete eliminato le informazioni superflue, non necessarie?		
	Le informazioni più importanti sono all'inizio del documento?		
	Sono ripetute alla fine?		
	Avete individuato le fasi di azione o i comportamenti a cui i destinatari dovrebbero aderire?		

³⁶ Fonte: Riccardo Pertile, Mariangela Pedron, Silvano Piffer (a cura di) – Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa “Rapporto annuale sulla natalità (assistenza in gravidanza, al parto ed al neonato) in Provincia di Trento, Trento, agosto 2019

³⁷ Fonte: E. Barbera, E. Ferro, E. Tosco (a cura di) “Semplice e chiaro!”, una guida per realizzare materiali di comunicazione semplici e comprensibili, DORS 2018

Il carattere del testo	Il vostro documento ha molti spazi bianchi? I margini sono almeno di 1 o 2 centimetri?	Green	White
	Il carattere è abbastanza grande (almeno 12 punti)? Ha le “grazie”?	Green	White
	Avete utilizzato grassetto, corsivo o caselle di testo per mettere in evidenza le informazioni?	White	Red
	Avete evitato l’utilizzo eccessivo del maiuscolo?	Green	White
	Il testo è giustificato solo a sinistra?	Green	White
	Avete utilizzato colonne con righe non più lunghe di 40-50 caratteri?	Green	White
Le immagini	La copertina attrae i destinatari? Contiene il messaggio principale ed esplicita chiaramente a chi è rivolto?	Green	White
	Le immagini sono semplici ed esplicative?	Green	White
	Le immagini aiutano a spiegare i messaggi veicolati dal testo?	White	Red
	Le immagini sono collocate accanto al testo a cui si riferiscono? Sono corredate da didascalie?	Green	White
	Leggendo le didascalie si comprendono gli elementi principali del messaggio?	Green	White
Il layout e la grafica	Le informazioni sono presentate in modo logico?	Green	White
	Le informazioni sono suddivise da titoli e sottotitoli? Le liste comprendono i “punti elenco”?	Green	White
	Avete eliminato il più possibile il linguaggio gergale e tecnico?	Green	White
	I termini tecnici o scientifici sono spiegati?	Green	White
	Avete usato nomi concreti, forme verbali attive e frasi e parole brevi?	Green	White
	Lo stile è informale?	Green	White
La traduzione	Il linguaggio, il contenuto e le immagini sono appropriati alla cultura dei destinatari?	Green	White
	Il testo è ritradotto?	White	Red
La comprensibilità	Avete testato la comprensibilità del linguaggio utilizzato nei vostri materiali ai fini della comprensione?	Green	White
	Avete pre-testato i vostri materiali su alcuni destinatari?	White	Red
	Avete effettuato un post-test?	White	Red

Ambiti di utilizzo

L'opuscolo informativo può essere utilizzato come rinforzo agli incontri informativi proposti dall'Azienda Sanitaria. Può essere, quindi, consegnato durante gli incontri di accompagnamento alla nascita, in occasione dell'incontro in cui viene trattato il tema degli incidenti domestici infantili, presso il punto nascita prima della dimissione, durante le visite domiciliari e nel corso delle visite pediatriche per i bilanci di salute.

Infine, potrebbe essere proposto in forma digitale sul sito dell'Azienda Sanitaria, tradotto in più lingue, così da essere accessibile e fruibile ai più.

5.2 Contributo dell'Assistente Sanitario nella prevenzione degli incidenti domestici in età infantile

La figura dell'Assistente sanitario è regolamentata dal D.M. 17 gennaio 1997 n° 69, che identifica questa figura professionale come “l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute.”³⁸

All'interno del Decreto Ministeriale sopracitato vengono riportate inoltre le attività che questa figura può svolgere, in particolare si riportano le attività che possono essere svolte nell'ambito della prevenzione degli incidenti domestici infantili:

- identificazione dei bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e socioculturali, individua i fattori biologici e sociali di rischio ed è responsabile dell'attuazione e della soluzione e degli interventi che rientrano nell'ambito delle proprie competenze;
- progettazione, programmazione, attuazione e valutazione degli interventi di educazione alla salute;
- collaborazione alla definizione delle metodologie di comunicazione, ai programmi ed a campagne di promozione e di educazione sanitaria;
- attuazione interventi specifici di sostegno alla famiglia, attivazione risorse di rete anche in collaborazione con i medici di medicina generale ed altri operatori sul territorio e partecipa ai programmi di terapia per la famiglia;

³⁸ Fonte: Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n° 69, “Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario

- sorveglia, per quanto di sua competenza, le condizioni igienico-sanitarie nelle famiglie, nelle scuole e nelle comunità assistite e controlla l'igiene dell'ambiente e del rischio infettivo;
- concorre alle iniziative dirette alla tutela dei diritti dei cittadini con particolare riferimento alla promozione della salute;
- partecipa alle attività organizzate in forma dipartimentale, sia distrettuali che ospedaliere, con funzioni di raccordo interprofessionale, con particolare riguardo ai dipartimenti destinati a dare attuazione ai progetti-obiettivo individuati dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
- agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari, sociali e scolastici, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.³⁸

In materia di incidenti domestici infantili, in linea con quanto riportato all'interno del Codice etico-deontologico dell'assistente sanitario, l'AS può utilizzare strumenti quali il colloquio/counselling, l'intervista, la visita domiciliare, l'inchiesta, l'educazione sanitaria individuale e di gruppo e la sorveglianza sanitaria.³⁹

Gli ambiti di impiego in cui l'AS può svolgere attività di prevenzione degli incidenti domestici infantili, sono:

- Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute (progettazione di iniziative preventive e creazione di reti fra gli attori/servizi coinvolti)
- Consultorio (parte attiva negli incontri di Accompagnamento alla Nascita, partecipazione alle visite domiciliari)
- Servizi di Igiene Pubblica (controllo del fenomeno attraverso i sistemi di sorveglianza e rinforzo delle strategie preventive nel momento di accesso delle famiglie presso i Servizi per effettuare le vaccinazioni)
- Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa (collaborazione nella realizzazione di report dedicati alla tematica).

³⁹ Fonte: "Codice deontologico dell'Assistente Sanitario", approvato dal consiglio direttivo nazionale nella seduta del 01/12/2012

CAPITOLO 6 – CONCLUSIONI

6.1 Risultati

Dalla letteratura emerge che gli incidenti domestici infantili sono un problema sanitario rilevante. Sono influenzati da differenti fattori di rischio legati alla struttura della casa, quindi alla sicurezza domestica, legati al bambino, quali l'età, il sesso, la cittadinanza, legati alle figure genitoriali, alla struttura familiare e al suo stato socioeconomico.

I risultati dello studio condotto sono in linea con ciò che riportano le fonti.

La frequenza di incidenti domestici infantili è in continuo calo. Anche prendendo in considerazione la gravità si assiste ad una diminuzione, seppur minima, per quel che riguarda gli accessi con codice triage più grave. Il livello di gravità è in genere basso, nell'86,4% dei casi si assiste ad un accesso in pronto soccorso con codice bianco o verde.

Emerge un maggior accesso nel fine settimana, in parte legato alla maggiore possibilità dei soggetti di dedicarsi ad attività ludiche o di svago in questi giorni ma dove il presidio delle cure primarie è più limitato.

La dinamica più frequente resta la “caduta, inciampamento sdruciolamento” che raggiunge il 70% della casistica nei bambini di età compresa tra i 0 e i 4 anni.

Le attività svolte al momento dell'infortunio sono principalmente legate al gioco o all'attività sportiva (36,2%) ed in percentuale minore ad attività di vita quotidiana, attività domestica e fai da te.

Per quanto riguarda il luogo, la cucina rappresenta nel complesso lo spazio singolo che ricorre più frequentemente, successivamente si trovano bagno, scale e ballatoi, garage parcheggio cantina ed altre pertinenze, ed infine, terrazze e balconi. Purtroppo, non sono stati trovati dati sulla percentuale di incidenti occorsi in altre porzioni della casa (soggiorno/camere da letto).

La tipologia di trauma maggiormente frequente è il trauma cranico che rappresenta il 30,4% della casistica totale.

La sede di incidente che presenta maggiori lesioni è rappresentata dalla testa e dal volto (64%).

Non si è potuto fare un'elaborazione completa di tutti i fattori di rischio riscontrati in letteratura, in quanto non contenuti nei dati provenienti dai pronto soccorso.

6.2 Punti di forza e di debolezza degli interventi proposti

Solo recentemente la sanità ha iniziato a considerare gli incidenti domestici come un problema di sanità pubblica, cominciando a trattare l'argomento assieme ai genitori. Negli ultimi anni si riscontra una diminuzione dell'incidentalità domestica infantile, che, nonostante il calo, continua a rimanere una problematica considerevole.

Si riscontra la necessità di intensificare e indirizzare gli interventi di promozione della salute alla popolazione che si dimostra più fragile.

Nella promozione della salute nel campo degli incidenti domestici infantili le evidenze suggeriscono che gli interventi hanno maggiore efficacia se indirizzati ai bambini che mostrano maggiore rischio e se condotti all'interno dell'ambiente domestico.

Il materiale informativo proposto dovrebbe fungere da supporto e ricordo delle informazioni date ai genitori durante i differenti settings riportati in precedenza, quali i corsi di accompagnamento alla nascita, i punti nascita, le visite domiciliari, le vaccinazioni e le visite pediatriche.

I punti di forza del progetto proposto risultano essere l'indirizzare gli interventi di promozione della salute sulla sicurezza domestica alle famiglie che mostrano maggiori rischi, individuate attraverso l'utilizzo di una check list somministrata presso i punti nascita.

Ulteriore punto di forza del progetto è l'utilizzo delle visite domiciliari per l'educazione alla sicurezza domestica dei genitori.

Anche l'utilizzo di materiale informativo, non come unico strumento di informazione, ma utilizzato come rinforzo di informazioni trattate in precedenza con i genitori, risulta essere un punto di forza.

BIBLIOGRAFIA

- Antonella D'Alpaos, Martina De Nisi, Silvano Piffer, Sergio Demonti, "Gli incidenti domestici pediatrici in provincia di Trento, anni 2014-2017", Servizio epidemiologia clinica e valutativa, dipartimento di governance, Trento, giugno 2019
- CCM, Gruppo sicurezza abitazioni, "Lista di controllo (check list) per le abitazioni, principi generali per la predisposizione della check list"
- Codice deontologico dell'Assistente Sanitario, approvato dal consiglio direttivo nazionale nella seduta del 01/12/2012
- Debora Vena, "Leggibilità e comprensibilità: un binomio necessario", Italiano LinguaDue, 2022
- Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n° 69, "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario", Gazzetta ufficiale della repubblica italiana, 1997
- E. Barbera, Claudio Tortone, (a cura di) "Glossario OMS della promozione della salute", DORS 2012;
- E. Barbera, E. Ferro, E. Tosco (a cura di) "Semplice e chiaro!", una guida per realizzare materiali di comunicazione semplici e comprensibili, DORS 2018
- Eleonora Tosco (a cura di), "Health literacy" DORS, Regione Piemonte, Istantanee n. 4, ottobre 2015
- Giulia Candiani, Patrizia Salvaterra, Zadig, Milano, "La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, linea guida prevenzione", febbraio 2017, aggiornamento febbraio 2022
- Hjern A, Ringbäck-Weitof G, Andersson R. "Socio-demographic risk factors for home-type injuries in Swedish infants and toddlers." Acta Paediatr 2001; 90(1):61-8
- INAIL, "Quaderni per la salute e la sicurezza. La salute e la sicurezza del bambino", Milano, ottobre 2014;
- Joanne Protheroe , Emeé Vida Estacio e Sirandou Saïdy-Khan, "Materiali informativi per i pazienti nelle pratiche generali e promozione dell'alfabetizzazione sanitaria: uno studio osservazionale sulla loro efficacia", British Journal of General Practice 2015; 65 (632): e192-e197.

- Keall MD, Baker M, Howden-Chapman P et al. Association between the number of home injury hazards and home injury. *Accid Anal Prev* 2008; 40(3):887-93
- Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart- Brown S. “Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood”. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (6)
- LEGGE 3 dicembre 1999, n. 493, “Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici.”
- Margie Peden, Kayode Oyegbite, Joan Ozanne-Smith, Adnan A Hyder, Christine Branche, AKM Fazlur Rahman, Frederick Rivara and Kidist Bartolomeos, “World report on child injury prevention”, WHO 2008
- Mariella Di Pilato, Paola Capra, Sonia Scarponi (a cura di) – DoRS, Regione Piemonte, “Visite domiciliari per mamme e bambini”, settembre 2016
- Ministero della Salute, “Bambini sicuri in casa”, marzo 2015
- Ministero della Salute, “Piano Nazionale della Prevenzione 2021-2025”
- Pitidis A, Fondi G, Giustini M et al. Il sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti. *Ist Super Sanità*. 2014; 27(2): 11-16
- Raitasalo K, Holmila M, Autti-Rämö I et al. Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance using mothers: a register-based cohort study. *Drug Alcohol Rev* 2015; 34(1):38-45
- Riccardo Pertile, Mariangela Pedron, Silvano Piffer (a cura di) – Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa “Rapporto annuale sulla natalità (assistenza in gravidanza, al parto ed al neonato) in Provincia di Trento, Trento, agosto 2019
- Rocco Palumbo, Carmela Annarumma, Paola Adinolfi, Marco Musella, Gabriella Piscopo, “The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy”, *Health Policy* 120 (2016) 1087–1094
- Sara Agnafors, Jarl Torgerson, Marie Rusner, Anna Norman Kjellström, Lesioni nei bambini e negli adolescenti con disturbi psichiatrici, *BMC Public Health*, 10.1186/s12889-020-09283-3, 20, 1, (2020)
- Sarto F, Roberti S, Renzulli G et al. Infortuni domestici: uno studio sui bambini presentatisi nel Pronto Soccorso di Padova” *Epidemiol Prev* 2007; 31 (5):268-273.

- Shah M, Orton E, Tata LJ et al. Risk factors for scald injury in children under 5 years of age: a case-control study using routinely collected data. *Burns* 2013; 39(7):1474-8.
- Tania Moerenhout, Liesbeth Borgermans, Sandrina Schol, Johan Vansintejan, Erwin Van De Vijver e Dirk Devroey, "Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care?", *Patient Preference and Adherence*, 2013; 7: 489-497

SITOGRAFIA

Epicentro

- [Sicurezza domestica dati sorveglianza Passi \(iss.it\)](#) ultima consultazione 26/09/2022
- [Incidenti domestici \(iss.it\)](#) ultima consultazione 26/09/2022

Ministero della Salute

- https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/DELIBERE_PRP_2020-2025/PATrento/Piano_Provinciale_della_Prevenzione_2021-2025.pdf ultima consultazione 26/09/2022
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf ultima consultazione 26/09/2022

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

- https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1997-03-27&atto.codiceRedazionale=097G0106 ultima consultazione 7/10/2022

Dors

- https://www.dors.it/bp_pagina.php?codice=03&page=2 ultima consultazione 29/09/2022
- https://www.dors.it/motore_google.php?cx=011928510268906566815%3Avboakmrydx0&cof=FORID%3A10&ie=UTF8&q=glossario+oms+della+promozione+della+salute&sa=Cerca ultima consultazione 08/09/2022
- https://www.dors.it/motore_google.php?cx=011928510268906566815%3Avboakmrydx0&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&q=semplice+e+chiaro&sa= ultima consultazione 08/09/2022
- https://www.dors.it/documentazione/testo/201609/istantanea6_home%20visiting.pdf ultima consultazione 10/10/2022

RoSPA

- <https://www.rospace.com/> ultima consultazione 19/09/2022

European Interdisciplinary Applied Research Center for Safety, Eurosafe

- [Home - Eurosafe](#) ultima consultazione 19/09/2022

Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)

- [Progetto incidenti domestici: rischi abitativi | CCM - Network](#) ultima consultazione 19/09/2022
- [bozza check list \(ccm-network.it\)](#) ultima consultazione 19/09/2022

GenitoriPiù

- [La nostra storia GenitoriPiù \(genitoripiu.it\)](#) ultima consultazione 26/09/2022
- [Le 8 azioni GenitoriPiù \(mys.it\)](#) ultima consultazione 26/09/2022

ASNAS

- [Codice deontologico - Codice Deontologico AS - Associazione Nazionale Assistenti Sanitari - Sito Ufficiale \(asnas.it\)](#) ultima visita 7/10/2022

National Library of Medicine

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3678903/> ultima consultazione 14/10/2022

Farfalla Project

- [Calcolatore dell'Indice Gulpease \(farfalla-project.org\)](#) ultima consultazione 26/10/2022

ICONOGRAFIA

Figura 1: Opuscolo informativo "La casa si-cura" sugli Incidenti domestici
Infantili, fronte Pag. 42

Figura 2: Opuscolo informativo "La casa si-cura" sugli Incidenti domestici
Infantili, retro Pag. 43

Figura 3: Valore indice di leggibilità opuscolo informativo Pag. 44

ELENCO TABELLE

Tabella 1: Percentuali accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale suddivisa per anno, periodo 2018-2021 Pag. 26

Tabella 2: Percentuali accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale per età, periodo 2018-2021 Pag. 33

Tabella 3: Check list per materiali semplici, tratta da "Semplice e chiaro" - DORS pag. 44

ELENCO GRAFICI

Grafico 1: Andamento temporale accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, nel periodo 2018-2021	Pag. 22
Grafico 2: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, distribuzione degli accessi mensili, periodo 2018-2021	Pag. 22
Grafico 3: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni per giorno della settimana periodo 2018-2021	Pag. 23
Grafico 4: Frequenze assolute di incidenti domestici infantili, età 0-4 anni con codici triage Giallo/Arancione + Rosso, periodo 2018-2021	Pag. 24
Grafico 5: Frequenze assolute di incidenti domestici infantili, età 0-4 anni con codici triage bianco e verde, periodo 2018-2021	Pag. 24
Grafico 6: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale, periodo 2018-2021	Pag. 25
Grafico 7: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale suddivisa per anno, periodo 2018-2021	Pag. 26
Grafico 8: Accessi in PS per incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, dinamica dell'evento accidentale per classe d'età, periodo 2018-2021	Pag. 27
Grafico 9: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, per dinamica dell'evento e genere, periodo 2018-2021	Pag. 28
Grafico 10: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, attività svolta in occasione dell'evento accidentale, periodo 2018-2021	Pag. 29
Grafico 11: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, attività svolta in occasione dell'evento accidentale per classi d'età, periodo 2018-2021	Pag. 30

Grafico 12: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, attività svolta in occasione dell'evento accidentale per genere, periodo 2018-2021	Pag. 31
Grafico 13: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale, periodo 2018-2021	Pag. 32
Grafico 14: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale per età, periodo 2018-2021	Pag. 33
Grafico 15: Accessi in PS per incidente domestico infantile, età 0-4 anni, luogo di occorrenza dell'evento accidentale per genere, periodo 2018-2021	Pag. 34
Grafico 16: Distribuzione percentuale degli incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, per diagnosi principali, periodo 2018-2021	Pag. 34
Grafico 17: Distribuzione percentuale degli incidenti domestici infantili, età 0-4 anni, per sede del trauma, periodo 2018-2021	Pag. 35
Grafico 18: Tassi d'incidenza di incidenti domestici infantili, per 10.000 residenti di età 0-4 anni, Periodo 2018-2021	Pag. 36
Grafico 19: Tassi d'incidenza di incidenti domestici infantili, per 10.000 residenti di età 0-4 anni, per genere, periodo 2018-2021	Pag. 36
Grafico 20: Tassi d'incidenza di incidenti domestici infantili, per 10.000 residenti di età 0-4 anni, per cittadinanza, periodo 2018-2021	Pag. 37

ALLEGATI



CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

SINOSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI –
STUDENTE: VENZIN ROSSELLA MATRICOLA 1231185

ARGOMENTO DI TESI	Incidenti domestici infantili (0-4 anni) nell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia Autonoma di Trento	
TIPOLOGIA DI TESI	Tecnico pratica	
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>I bambini rappresentano una parte della popolazione molto vulnerabile agli eventi accidentali, nella fattispecie all’interno dell’ambito domestico. Sono infatti caratterizzati da una spiccata curiosità, una minore percezione del rischio e una limitata abilità a reagire prontamente in situazioni pericolose, tenendo conto che gli ambienti nei quali trascorrono la maggior parte della giornata non sono creati a loro misura. Molti incidenti nei bambini potrebbero essere evitati creando ambienti di vita “a misura di bambino” e tramite comportamenti adeguati e accorgimenti da parte dei genitori finalizzati alla sicurezza ambientale.</p> <p>La consapevolezza dei genitori rispetto ai possibili rischi presenti in casa costituisce un primo fondamentale aspetto del controllo degli eventi accidentali.</p> <p>In Provincia di Trento, nel periodo 2014-2017, sono stati registrati 5.977 accessi in Pronto Soccorso (PS) per incidente domestico nella fascia di età 0-14 anni, corrispondente al 17,2% del totale degli accessi.</p> <p>Considerando la numerosità annuale media per fascia di età, questa è pari a 726/anno nella fascia 0-4 anni, a 382/anno nella fascia di età 5-9 anni, a 297/anno nella fascia di età 10-14 anni. La fascia 0-4 anni è quella che presenta il maggior numero di accessi e il tasso di afferenza medio annuo per incidente domestico più elevato al PS è pari a 289,2/10.000/anno. In questa fascia d’età si colloca il 53% della casistica.</p> <p>Manca un aggiornamento ad oggi degli aspetti caratterizzanti degli accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico nella fascia di età 0-4 anni, in un’ottica di programmazione di interventi promozionali.</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quali sono le caratteristiche socio demografiche del campione? 2. Esiste una correlazione con il periodo di lockdown per Covid-19? 3. Come sono distribuiti gli incidenti domestici infantili nel territorio della Provincia di Trento? 4. In quali giornate sono avvenuti maggiormente incidenti domestici infantili? 5. Quali sono le condizioni di maggior rischio di incidente domestico infantile rilevato? 6. Quali sono le dinamiche di accadimento degli incidenti domestici infantili? 7. Quali sono gli esiti degli incidenti domestici infantili? 8. Esistono interventi educativo promozionali di dimostrata efficacia sulla prevenzione degli incidenti domestici nella fascia di età 0-4 anni? 9. Quali sono le strategie efficaci per aumentare la consapevolezza/percezione dei genitori? 	
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Descrizione del bisogno di salute elaborato dagli accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico nella fascia di età 0-4 anni.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descrivere le caratteristiche socio demografiche del campione in relazione al rischio 2. Individuare nel periodo 2018-2021 aspetti caratterizzanti degli accessi in Pronto Soccorso per incidente domestico nella fascia di età 0-4 anni 3. Individuare le priorità d’intervento 4. Evidenziare l’eventuale correlazione nel periodo di lockdown per Covid-19 5. Proporre eventuali aggiustamenti ai progetti educativo promozionali in atto, con eventuale predisposizione di ulteriori strumenti 6. Evidenziare il ruolo dell’Assistente sanitario in tali ambiti 	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	Bambini di età compresa tra 0 e 4 anni <ul style="list-style-type: none"> • che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso per incidente domestico • con qualunque diagnosi • di tutte le nazionalità • residenti nella Provincia Autonoma di Trento.
	STRUMENTI	Dati in archivio presso il servizio e dati del Pronto Soccorso
	DURATA	Da giugno a ottobre 2022
METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato Excel, con calcolo delle frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard e range), proporzioni e correlazioni.	
UU.OO. COINVOLTE	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Provincia Autonoma di Trento servizio Promozione ed Educazione alla Salute, Osservatorio Epidemiologico	

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutata nella scrittura della tesi con consigli, critiche ed osservazioni.

Ringrazio innanzitutto il mio relatore, professore Mario Antonio Bonamin, il servizio Promozione ed Educazione alla Salute e il Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Trento, in particolare la Dott.ssa Anna Pedretti e il dott. Riccardo Pertile, miei correlatori. Grazie alla loro guida e ai loro suggerimenti mi hanno sostenuta nella scrittura della tesi.

Un ringraziamento particolare va alla mia famiglia, ai miei amici e ai miei compagni di corso, che in questi tre anni mi hanno incoraggiata e sostenuta, rendendo il mio percorso ricco di bei ricordi.