



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

## **Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 prorogato al 2019**

### **Programma P-5.1**

**Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti**

#### **Azione P-5.1.1**

**Realizzazione di un sistema integrato di sorveglianza degli incidenti stradali mediante l'analisi dei dati sanitari (file dei Pronto Soccorso, del sistema 118, delle SDO e ReNCaM) e dei dati extra-sanitari.**

**Incidenti stradali in Sardegna - analisi dei ricoveri**

**Report regionale – annualità 2018**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## Sommario

<b>1. Introduzione</b> .....	3
<b>2. Obiettivo</b> .....	4
<b>3. Materiali e Metodi</b> .....	4
<b>4. Risultati</b> .....	5
<b>4.1 Analisi per genere e range d'età</b> .....	5
<b>4.2 Analisi per ASSL di residenza</b> .....	7
<b>4.3 Analisi delle diagnosi</b> .....	8
<b>4.4 Gravità ed esito dei ricoveri</b> .....	8
<b>5. Discussione e conclusioni</b> .....	11
<b>6. Bibliografia e sitografia</b> .....	12



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 1. Introduzione

I dati riportati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel Global status report on road safety, pubblicato nel 2018, evidenziano che gli incidenti stradali sono l'ottava causa di morte a livello mondiale con circa 1,35 milioni di vite perse ogni anno, quasi 3.700 ogni giorno, e circa 50 milioni di feriti. Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte per bambini e giovani adulti di età compresa tra 5 e 29 anni. Inoltre, circa la metà di coloro che muoiono nelle strade sono "utenti della strada vulnerabili": pedoni, ciclisti e motociclisti.

Secondo i più recenti dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) nel 2017 in Italia gli incidenti stradali con lesioni alle persone sono stati 174.933, registrando un leggero calo rispetto al 2016, con 3.378 vittime (morti entro 30 giorni dall'evento) e 246.750 feriti. Tra i feriti gravi, a livello nazionale, gli uomini sono circa il 68% e le donne il 32%.

In Sardegna, nel 2017, si sono verificati 3.425 incidenti stradali che hanno causato la morte di 90 persone e il ferimento di altre 5.045. Rispetto al 2016, diminuiscono sia gli incidenti (-2,4%) che i feriti (-2,8%), in misura superiore ai dati nazionali (rispettivamente -0,5% e -1,0%); diminuisce anche il numero di vittime della strada (-15,1%) a fronte di un aumento del dato nazionale (+2,9%). Anche l'incidenza degli utenti vulnerabili per età (bambini, giovani e anziani) deceduti in incidente stradale è inferiore alla media nazionale (41,1% vs 45,2%). Per gli uomini sono le età tra i 40 e i 59 anni quelle con le numerosità più alte (circa il 33% del totale). Per le donne le frequenze più elevate di casi sono, invece, in corrispondenza delle classi di età oltre i settant'anni (circa il 45% del totale).

Il problema degli incidenti stradali è particolarmente sentito a livello mondiale ed europeo poiché, oltre alla sofferenza umana, le conseguenze di tale fenomeno hanno un elevatissimo "costo sociale" che può essere stratificato in varie componenti:

- "costo della vita umana" riferito alle vittime d'incidente (danni non patrimoniali sia morali che biologici e mancata produttività);
- costi sanitari (spese per il trattamento sanitario);
- danni patrimoniali (danni a veicoli, edifici, strade, oltre ai danni derivanti dalla mancata prestazione lavorativa a seguito delle lesioni riportate nell'incidente);
- costi amministrativi (costi d'intervento dei servizi di emergenza, costi processuali e di amministrazione).

Il Ministero dei Trasporti e delle Infrastrutture ha valutato nel 2012 il costo medio delle conseguenze di un incidente stradale, ed in particolare:

- per ciascun decesso 1.503.990 euro;
- per ciascun ferito 42.220 euro;
- per ciascun incidente stradale con danni alle persone 11.000 euro.

Nel 2017 l'Istat ha stimato i costi sociali dell'incidentalità con danni alle persone (oneri economici che a vario titolo gravano sulla società a seguito di un incidente stradale) in oltre 17 miliardi di euro per l'intero territorio nazionale (287,8 euro pro capite) e in quasi 386 milioni di euro (233,8 euro pro capite) in Sardegna; la regione incide per il 2,2% sul totale nazionale.

Al fine di contrastare questo trend in aumento l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite ha fissato l'ambizioso obiettivo di dimezzare il numero globale di morti e feriti a seguito di incidente stradale entro il 2020.



## 2. Obiettivo

L'obiettivo del presente report è quello di descrivere le conseguenze sulla salute degli Incidenti stradali (IS) attraverso l'analisi di alcune informazioni relative ai ricoveri contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative all'anno 2017.

## 3. Materiali e Metodi

È stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale utilizzando il database di archiviazione regionale delle SDO che rappresenta lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La SDO contiene una serie di informazioni desunte dalla cartella clinica del singolo ricovero sia di tipo anagrafico (ad esempio genere, data e luogo di nascita, comune di residenza) sia cliniche (ad esempio diagnosi, procedure diagnostiche e terapeutiche, informazioni sul ricovero e dimissione) nonché informazioni relative alla struttura in cui è stato effettuato il ricovero.

Sono state analizzate le SDO delle strutture pubbliche della Sardegna relative all'annualità 2017 nelle quali il campo traumatismo o intossicazione è stato valorizzato con la modalità «incidente stradale».

Le informazioni estratte e su cui si sono fatte le successive analisi sono:

- presidio ospedaliero erogante il ricovero e relativa Azienda/Area Socio Sanitaria Locale (ASSL) nel cui territorio il presidio ospedaliero è ricompreso;
- genere, età e ASSL di residenza del paziente;
- giorni di degenza, modalità di dimissione, Diagnosis Related Group (DRG), diagnosi principale e secondarie comprese in una lista specifica riportata nella seguente tabella n. 1.

**Tab. n. 1: Codici ICD9-CM compresi nelle aree identificate**

Aree	Codice ICD-9-CM*
Fratture Cranio (F. cranio)	da 800.0 a 804.99
Fratture collo e tronco (F. collo e tronco)	da 805 a 809.1
Fratture arti superiori (F. arti superiori))	da 810 a 819.1
Fratture arti inferiori(F. arti inferiori)	da 820 a 829.0
Traumi cranici (TC) senza frattura	da 850 a 854.19
Distorsioni, distrazioni, lussazioni (Dis.Dist.Luss)	da 830 a 848.9
Contusioni e Traumatismi	da 920 a 924.9, da 959 a 959.9
Traumatismi interni	da 860 a 869.1
Ferite aperte	da 870 a 897.7
Abuso di sostanze	da 305 a 305.93 e 790.3
Altre diagnosi	da 717 a 717.9, da 718.8 a 718.99, da 906.5 a 906.9, 909.0, da 910 a 919.9, da 925 a 938, da 941.2 a 949.5, da 958 a 958.99, da 960 a 979.9, V714

\*Le diagnosi sono codificate secondo il manuale della "Classificazione internazionale delle malattie" (ICD-9-CM, versione 2007) in codici numerici da tre a cinque cifre

Le informazioni relative alla popolazione residente del 2017 sono state estratte dalla base dati ISTAT. I dati sono stati analizzati attraverso delle statistiche descrittive. I software utilizzati sono: STATA® e Microsoft® excel®.



## 4. Risultati

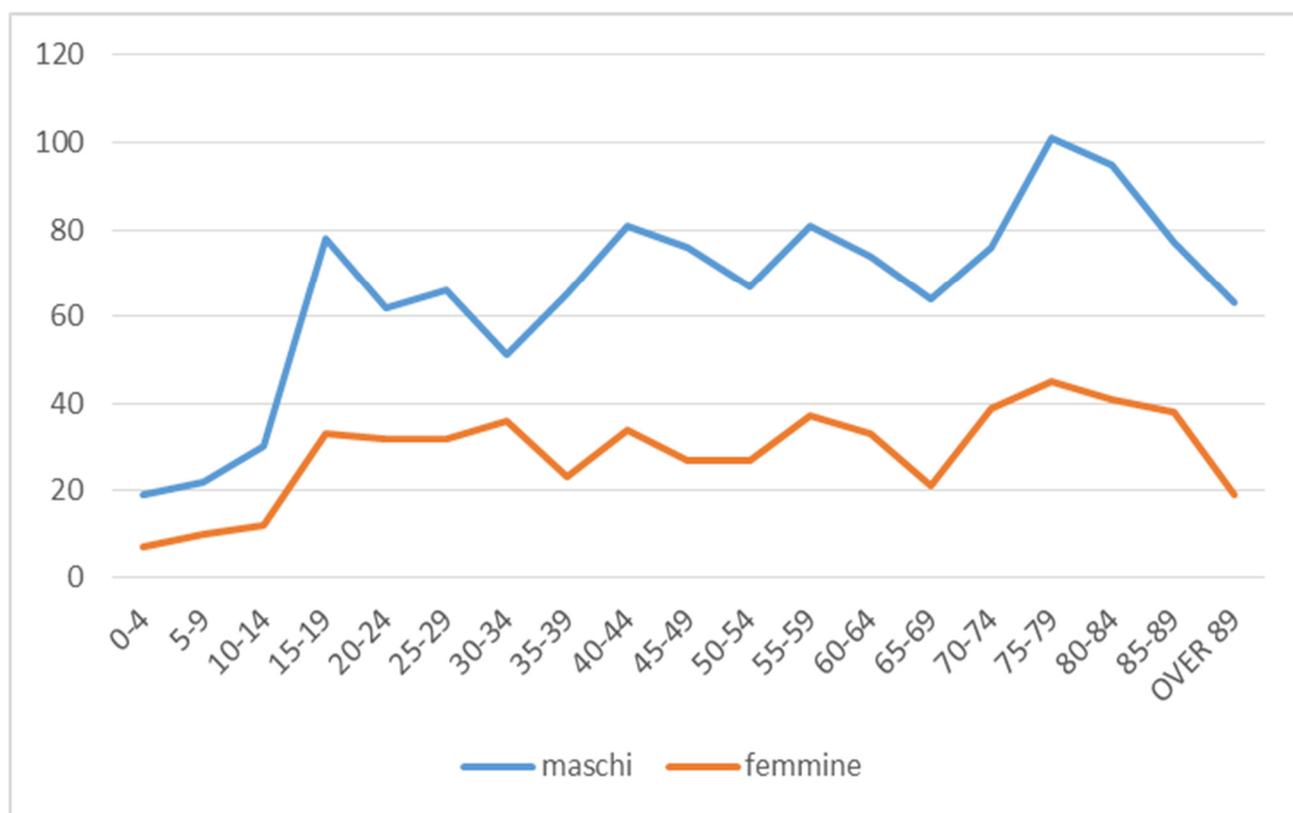
### 4.1 Analisi per genere e range d'età

Complessivamente sono state analizzate 1.795 SDO correlate a incidenti stradali (IS), di cui 154 costituite da ricoveri a carico di residenti extra regione.

L'età media dei pazienti ricoverati è di 44,8 anni (da < 1 anno a 93 anni): il 30,0% (n. 546) di genere femminile con un'età media di 48,2 anni (da < 1 anno a 93 anni) e il 70,0% (n. 1.249) di genere maschile con un'età media di 43,3 anni (da < 1 anno a 93 anni).

Nel grafico sottostante (grafico n. 1) è stata rappresentata la distribuzione dei Ricoveri per IS (RIS) in funzione del genere e dell'età. Il grafico mostra un picco di RIS nei giovani adulti da 16 ai 20 anni e un secondo, leggermente superiore, dopo i 40 anni. Nelle età che stanno agli estremi della distribuzione è nettamente inferiore. Il grafico evidenzia anche una differenza di genere: i RIS sono soprattutto a carico dei maschi.

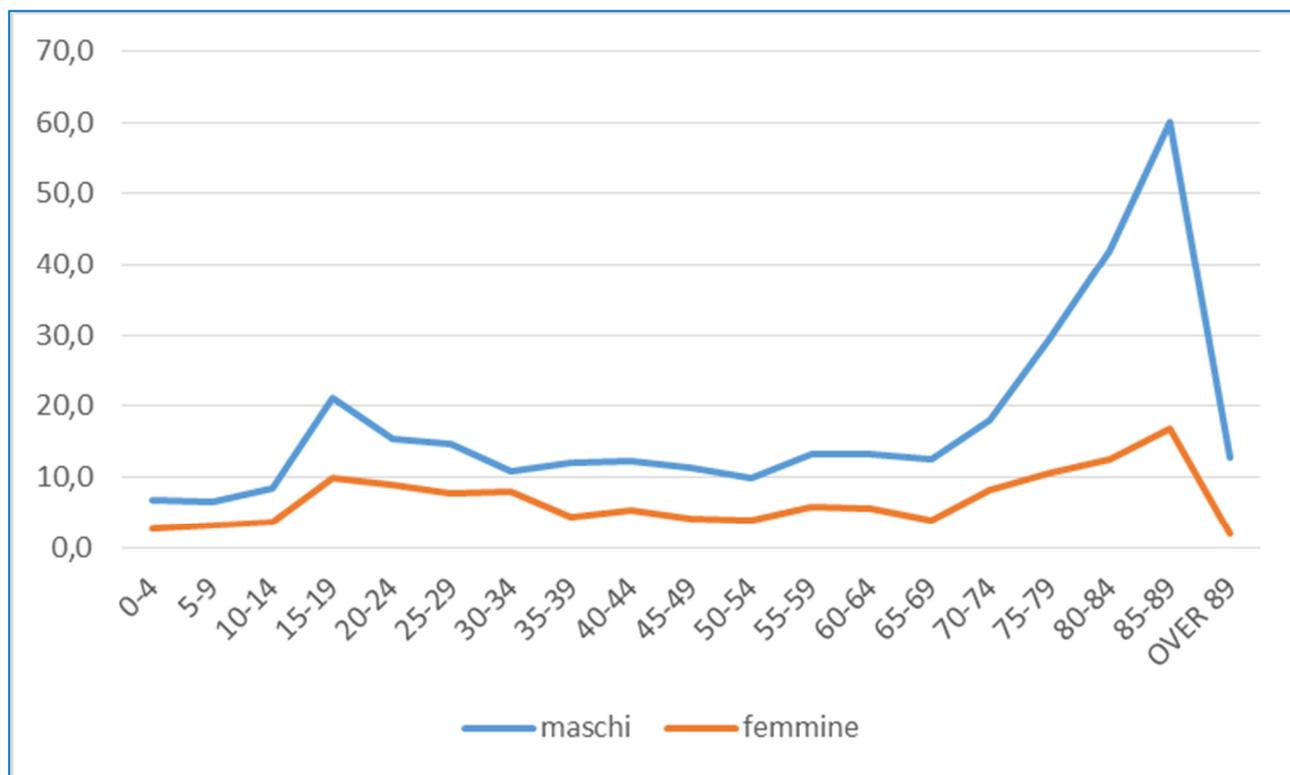
**Grafico n. 1 - Numero di RIS per genere e età (N)**





Nel grafico sottostante (grafico n. 2) il numero di RIS è rapportato alla popolazione residente suddivisa in range d'età. L'andamento del RIS mostra un picco, più evidente nel genere maschile, nel range d'età 15-19 anni, seguito da un plateau che va dai 30 ai 70 anni per i maschi e dai 35 ai 70 per le femmine, per poi concludere con un graduale aumento di RIS dai 70 anni e fino a raggiungere la massima prevalenza ai 90 anni. Viene mantenuto il trend per genere in tutte le età, anche se le differenze sono inferiori rispetto al grafico precedente: in tutte le età la prevalenza di RIS è maggiore nel genere maschile.

**Grafico n. 2 - Numero di RIS per genere e età (N) \*10.000 abitanti**





#### 4.2 Analisi per ASSL di residenza

L'analisi dei RIS distribuiti per ASSL di residenza (Tab. n. 2) mostra che il 38% dei ricoveri avvengono nella ASSL di Cagliari dove risiede il 34% della popolazione regionale.

La proporzione di RIS nei residenti della ASSL di Lanusei e di Cagliari (rispettivamente 17,9 e 12,2\*10.000 abitanti) è superiore rispetto alla media regionale mentre sono al di sotto della media le ASSL di Nuoro e di Sassari (rispettivamente 7,2 e 7,5\*10.000 abitanti).

I RIS avvengono essenzialmente nei presidi ospedalieri che insistono nei territori di residenza dei pazienti (76,2%) in proporzione più elevata nei territori di Sassari e Cagliari (rispettivamente 93,2% e 93,1%), e sensibilmente in misura inferiore a Sanluri, Oristano e Nuoro (rispettivamente 58,6%,61,6% e 67,0%).

**Tab. n. 2 - Distribuzione dei RIS per ASSL di residenza**

ASSL	% (e numero assoluto) di RIS erogati ai residenti della ASSL sul totale regionale	RIS * 10.000 residenti	% (e numero assoluto) di RIS erogati in ciascuna ASSL per i propri residenti
		(e numero assoluto di residenti)	
<b>Sassari</b>	14 (250)	7,5 (331.450)	93 (233)
<b>Olbia</b>	8 (151)	9,4 (161.192)	73 (110)
<b>Nuoro</b>	6 (112)	7,2 (154.873)	67 (75)
<b>Lanusei</b>	6 (102)	17,9 (56.938)	87 (89)
<b>Oristano</b>	7 (125)	7,8 (160.031)	62 (77)
<b>Sanluri</b>	6 (99)	10,1 (97.809)	59 (58)
<b>Carbonia</b>	7 (118)	9,4 (125.430)	75 (89)
<b>Cagliari</b>	38 (684)	12,2 (560.453)	93 (637)
<b>RIS extra regione</b>	9 (154)	-	
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1.795)</b>	<b>10,9</b> <b>(1.648.176)</b>	<b>76</b> <b>(1.368)</b>



### 4.3 Analisi delle diagnosi

Nella tabella seguente (la n. 3) è rappresentata la distribuzione delle diagnosi per fasce di popolazione. I RIS in cui risulta presente una sola diagnosi tra quelle in analisi sono 865 (48,2%), quelli in cui sono presenti 2 o più diagnosi tra quelle in analisi sono 891 (49,6%), i RIS in cui sono presenti esclusivamente diagnosi differenti da quelle in studio sono 39 (2,2%).

**Tab. n. 3 - Diagnosi riscontrate (in percentuale e valori assoluti, incluse diagnosi principale e 6 secondarie)**

DIAGNOSI	In RIS Bambini (0 -14 anni)		In RIS Adolescenti e giovani adulti (15-29 anni)		In RIS Adulti (30 - 69 anni)		In RIS Anziani (over69 anni)		Nel totale dei RIS
	%	RANGO	%	RANGO	%	RANGO	%	RANGO	%
	(N)		(N)		(N)		(N)		(N)
F. cranio	5,5 (6)	8	11,1 (46)	6	9,1 (89)	7	9,1 (27)	7	9,4 (168)
F. collo e tronco	10,9 (12)	7	22,5 (93)	3	42,3 (412)	1	50,5 (150)	1	37,2 (667)
F. arti superiori	12,7 (14)	5	16,2 (67)	5	24,5 (239)	2	17,5 (52)	5	20,7 (372)
F. arti inferiori	17,3 (19)	4	23,7 (98)	2	21,1 (206)	4	20,5 (61)	3	21,4 (384)
Tc senza frattura	23,6 (26)	3	24,2 (100)	1	20,1 (196)	5	30,3 (90)	2	23,0 (412)
Dist.Dist.Luss	1,8 (2)	9	8,7 (36)	8	9,6 (94)	6	6,7 (20)	9	8,5 (152)
Contusioni e traumatismi	33,6 (37)	1	24,2 (100)	1	21,9 (214)	3	19,9 (59)	4	22,8 (410)
Traumatismi Interni	25,5 (28)	2	22,0 (91)	4	21,1 (206)	4	13,5 (40)	6	20,3 (365)
Ferite aperte	11,8 (13)	6	9,7 (40)	7	8,7 (85)	8	7,4 (22)	8	8,9 (160)
Abuso di Sostanze	0,0 (0)	10	0,2 (1)	9	0,5 (5)	9	0,7 (2)	10	0,4 (8)
Altre diagnosi	26,4 (29)	/	8,0 (33)	/	5,9 (58)	/	3,0 (9)	/	7,2 (129)
<b>Totale RIS*</b>	<b>110</b>		<b>413</b>		<b>975</b>		<b>297</b>		<b>1795</b>

\*Essendo state prese in considerazione la diagnosi principale e le 6 secondarie, il totale delle diagnosi non coincide con il totale dei RIS

Le cause di RIS negli adolescenti e giovani adulti sono principalmente legate alle fratture (riscontrabili nel 74% dei ricoveri di questa popolazione), in particolare, analizzando le diverse aree, alle fratture agli arti inferiori (24%). Fanno seguito i ricoveri per traumi cranici senza frattura (24%), contusioni e traumatismi (24%), traumatismi interni (22%), ferite aperte (10%) e abuso di sostanze (0%).

Le diagnosi, nella popolazione adulta e degli over 69enni si identificano, anche in questo caso, essenzialmente nelle fratture (riscontrabili nel 97% e nel 98% dei ricoveri) tra cui, principalmente, le fratture di collo e tronco (nel 42% degli adulti e nel 51% degli over 69), ed ai traumi cranici senza frattura (nel 20% degli adulti e nel 30% degli over 69). Nei bambini invece prevalgono essenzialmente i traumatismi (Tc senza frattura, contusioni e traumatismi, traumatismi interni) riscontrabili nel 83% dei RIS.



#### 4.4 Gravità ed esito dei ricoveri

Al fine di misurare la gravità dei RIS si è proceduto al controllo degli esiti degli stessi attraverso la verifica della modalità di dimissione nei diversi range d'età considerati (Tab. n. 4). La modalità di dimissione prevalente in tutte le fasce di età è quella della "dimissione ordinaria al domicilio". Nei bambini di età 0-4 anni la seconda modalità di dimissione per frequenza è "dimissione volontaria" (14%) e nelle persone anziane (over 69enni) è "trasferimento in istituto per attivare la riabilitazione" (6%).

Per quanto concerne la durata della degenza, si osserva che i bambini hanno una degenza media che è meno della metà rispetto agli adulti e 2,5 volte inferiore a quella degli anziani. In queste ultime due fasce d'età si osserva un aumento della durata della degenza di oltre una settimana nella modalità di dimissione presso residenze sanitarie assistite e riabilitazione.

**Tab. n. 4 - Distribuzione delle modalità di dimissione e relativa media delle giornate di degenza (GdD), per fascia di età.**

Modalità di dimissione	In RIS Bambini (0 -14 anni)		In RIS Adolescenti e giovani adulti (15-29 anni)		In RIS Adulti (30 - 69 anni)		In RIS Anziani (over69 anni)		Nel totale dei RIS	
	% (N)	Media GdD	% (N)	Media GdD	% (N)	Media GdD	% (N)	Media GdD	% (N)	Media GdD totale
<b>Deceduto</b>	/	/	0,7 (4)	4,8	0,7 (17)	6,7	3,0 (119)	9,4	1,8 (140)	9
<b>Ordinaria a domicilio</b>	83 (436)	3,5	92 (495)	5,8	89 (2236)	6,5	82 (3291)	7,8	85 (6458)	6,9
<b>Ordinaria c/o RSA</b>	/	/	0,2 (1)	23	1 (25)	14	3,2 (129)	15,6	2 (155)	15,4
<b>Domicilio con ospedalizzazione domiciliare</b>	0,2 (1)	6	0,2% (1)	20	0,1 (2)	3,5	0,1 (6)	10,2	0,1 (10)	9,4
<b>Dimissione volontaria</b>	14 (74)	1,5	0	2,6	3,8 (96)	2,5	1,6 (63)	3,6	3 (252)	2,5
<b>Trasferimento in altro istituto di ricovero e cura per acuti</b>	2,5 13	1	3,7 20	14,5	3,7 (92)	11,9	2,8 (114)	10,8	3 (239)	11
<b>Trasferimento altro reparto stesso ospedale</b>	0, 1	19	/	/	0,5 (12)	16	0,8 (32)	15,8	0,6 (45)	15,9
<b>Trasferimento in istituto per attivazione della riabilitazione</b>	/	/	/	/	1,2 (29)	18,7	6 (233)	13,3	3,5 (262)	13,9
<b>Ordinaria con attivazione ADI</b>	/	/	/	/	0 (1)	9	0,7 29	10,5	0,4% (30)	10,4
<b>Totale</b>	100 (525)	3,2	100 (540)	6	100 (2510)	6,8	100 (4016)	8,5	100 (7591)	7,4



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

La tabella n. 5 indica i RIS distribuiti in riferimento alle Aziende/ASSL eroganti. I dati si riferiscono sia ai ricoveri di pazienti residenti in Sardegna che ai ricoveri di pazienti non residenti. La proporzione di ricoveri di un giorno (a cui non è seguito il decesso) potrebbe essere indicativa di una minore complessità dell'assistenza erogata in regime di degenza e/o di una possibile minore appropriatezza nell'accesso: merita attenzione in particolare il dato elevato di Cagliari (19%) che è quasi 5 volte superiore rispetto a quello riscontrato a Sassari e Sanluri (4%) e 3 volte superiore a quello riscontrato a Nuoro e Oristano (6%). La degenza (considerando o meno i ricoveri di un giorno) è sensibilmente più bassa nella AOU di Cagliari (meno della metà della media regionale, rispettivamente 3,0 e 3,4 vs 7,4 e 8,4), indicando verosimilmente una minore complessità della assistenza. Per quanto riguarda il costo medio per ricovero, si osserva come l'AO Brotzu presenti il costo più elevato rispetto a tutte le altre Aziende/ASSL, superiore quasi del 50% rispetto alla media regionale (€ 6.868,03 vs € 3.678,43). Si ritiene che questo risultato sia correlato essenzialmente alla maggiore complessità del ricovero. Tale dato parrebbe essere confermato dal fatto che l'AOU di Cagliari, sprovvista del reparto di ortopedia, presenta un costo medio per ricovero sensibilmente più basso (oltre il 50%) del costo medio regionale (€1.460,37 vs € 3.678,43).

**Tab. n. 5 - Distribuzione dei RIS per Azienda Ospedaliera e per ASSL erogante: ricoveri brevi, media giornate di degenza e costi.**

Azienda/ASSL erogante	Ricoveri % (N)	Ricoveri di un gg esclusi i decessi % (N)	*Media gg degenza inclusi i ricoveri di 1 gg	*Media gg degenza esclusi i ricoveri di 1 gg	Costo ricovero euro media (totale)
ASSL Sassari	5 (84)	4 (10)	5,0	5,5	2.659,51 (223.399,07)
ASSL Olbia	8 (150)	11 (26)	8,6	10,2	3.642,17 (546.325,39)
ASSL Nuoro	7 (127)	6 (14)	8,6	9,6	4.744,63 (602.567,68)
ASSL Lanusei	6 (111)	11 (26)	5,6	7,0	2.455,25 (272.533,00)
ASSL Oristano	6 (100)	6 (14)	7,1	8,1	2.798,70 (279.869,60)
ASSL Sanluri	5 (82)	4 (9)	4,8	5,3	2.231,37 (182.972,32)
ASSL Carbonia	7 (118)	7 (16)	5,7	6,5	2.342,04 (276.360,52)
ASSL Cagliari	25 (444)	19 (43)	6,6	7,1	2.831,88 (1.257.356,31)
A.O. Brotzu	12 (222)	6 (14)	12,6	13,6	6.868,03 (1.524.703,59)
A.O.U. Sassari	14 (245)	13 (29)	8,8	9,9	5.196,49 (1.273.139,50)
A.O.U. Cagliari	6 (112)	12 (27)	3,0	3,4	1.460,37 (163.561,83)
<b>Sardegna</b>	<b>100 (1.795)</b>	<b>100 (228)</b>	<b>7,4</b>	<b>8,4</b>	<b>3.678,43 (6.602.788,81)</b>



## 5. Discussione e conclusioni

Gli IS rappresentano, anche in Sardegna, un importante problema di salute pubblica, di forte rilevanza sociale ed economica. Nell'anno 2017, i soli costi attribuibili ai ricoveri assommano ad oltre 6 milioni di euro.

Ai costi sanitari, comunque solo in parte attribuibili al ricovero, vanno sommati i costi, ben maggiori, dei 140 decessi, che –applicando i parametri definiti dal Ministero dei Trasporti- assommerebbero ad oltre 210 milioni di euro; nonché quelli derivanti dalla perdita di capacità produttiva conseguente a invalidità grave secondaria. Lo studio conferma i dati presenti in letteratura a livello nazionale, infatti, seppur limitato agli IS che hanno dato luogo a un ricovero, ha evidenziato che il fenomeno riguarda principalmente adolescenti e giovani adulti e, soprattutto, le età più avanzate, con una prevalenza del genere maschile.

Gli infortuni sono essenzialmente a carico del genere maschile (70% vs 30%) e le fasce d'età principalmente colpite sono quelle dei giovani adulti (15-24 anni), verosimilmente neo-patentati e anziani (over 69enni). La prevalenza nel genere maschile è dovuta probabilmente al fatto che più spesso gli uomini hanno una minore percezione del rischio di IS rispetto alle donne.

Una fotografia in termini d'incidenza del fenomeno dell'incidentalità stradale in Sardegna è fornita dal sistema denominato "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (identificato con l'acronimo PASSI) che fornisce informazioni sulla frequenza dell'utilizzo dei dispositivi di sicurezza stradale e sull'assunzione di bevande alcoliche.

L'indagine svolta in Sardegna ha evidenziato che la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (86,9% vs l'84,8% del dato italiano) ed il casco (97,0% vs il 96,1% del dato italiano).

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 25,8% (vs il 20,3% del dato italiano) degli intervistati ha dichiarato di usarla sempre.

L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è più basso nelle classi d'età più giovani: 18-24 anni il 19,1%, 25-34 anni il 22,3%, 35-59 anni il 26,8%, 50-69 anni il 28,6%.

In caso d'incidente, l'uso dei dispositivi di sicurezza per bambini fa sì che il rischio di morte si riduca del 72%, per i bambini fino a 12 mesi, e del 52%, per quelli tra 1 e 4 anni.

L'uso inadeguato o il non uso degli stessi costituisce quindi un comportamento irresponsabile che, nella regione Sardegna, è purtroppo presente nel 21,8% del campione PASSI.

Fra i fattori di rischio comportamentali che favoriscono gli IS, l'uso di bevande alcoliche assume un'importanza rilevante: il sistema di sorveglianza PASSI ha messo in evidenza che il 56,9% dei residenti utilizza bevande alcoliche; questo dato è significativamente superiore alla media nazionale dove la prevalenza è stata del 51,9%. Molto alta è stata anche la prevalenza nella nostra Regione di persone definibili "bevitori a rischio" (grandi bevitori o bevitori binge o bevitori fuori pasto) che, nella classe di età di 25-34 anni, ha raggiunto il 24%. Inoltre l'11,5% degli intervistati ha dichiarato di guidare un veicolo dopo un consumo alcolico eccessivo: anche questo dato è risultato superiore a quello nazionale che è del 9,8%.

La prevenzione e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza rappresentano quindi un'importante strumento di prevenzione degli IS e della gravità dei loro esiti.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 (approvato con l'intesa Stato-Regioni n.156/CSR del 13.11.2014 e prorogato con Intesa Stato-Regioni rep. atti 247/CSR del 21 dicembre 2017) si propone di perseguire i seguenti obiettivi centrali - collegati al macro-obiettivo "prevenzione degli incidenti stradali" - e correlati indicatori e standard, da conseguire entro il 2019:

- ridurre il numero di decessi per incidente stradale - tasso di decessi per incidente stradale - 20% rispetto al valore base line 2013 (56,2 Italia; 73,9 Sardegna)
- ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale - tasso di ricoveri per incidente stradale -10% rispetto al valore base line 2013 (7,2% Italia; 12,3% Sardegna);



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida (proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini – uso cinture di sicurezza nei sedili posteriori (+50%, uso del casco > 95%, guida sotto l'effetto di alcol -30%).

La regione Sardegna, tramite il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018, (adottato con DGR n. 30/21 del 16.06.2015 prorogato e rimodulato al 31.12.2019 con DGR n. 33/9 del 26.06.2018), persegue i suddetti obiettivi centrali con le Azioni contemplate nel Programma P-5.1 “Prevenzione degli incidenti stradali e della gravità dei loro esiti”:

- Azione P-5.1.1 “Realizzazione di un sistema integrato di sorveglianza degli incidenti stradali mediante l'analisi dei dati sanitari (file dei Pronto Soccorso, del Sistema 118, delle SDO e ReNCaM) e dei dati extra-sanitari”
- Azione P-5.1.2 “Promozione della cultura della sicurezza stradale attraverso iniziative coordinate di sensibilizzazione, informazione, formazione con metodi di provata efficacia, su particolari categorie a rischio”

Nell'ambito dell'Azione P-5.1.1 è prodotto questo primo report, di livello regionale, sul fenomeno degli incidenti stradali, con l'uso della banca dati derivante dal flusso informativo dei ricoveri ospedalieri (banca dati SDO), secondo la metodologia descritta nel paragrafo 3.

Il PRP si propone di attuare azioni volte alla promozione della cultura della sicurezza stradale attraverso iniziative di sensibilizzazione, informazione, formazione con metodi di provata efficacia, su particolari categorie a rischio, si propone inoltre, di avviare il monitoraggio degli infortuni da IS mediante la realizzazione di un "Sistema integrato di Sorveglianza degli IS con la prospettiva di verificare il carico assistenziale per questi infortuni, la loro distribuzione per classi di età e sesso, la loro gravità ed il costo nonché le informazioni epidemiologiche di origine extra – sanitaria, in particolare quelle sulla mortalità provenienti dal database ISTAT – ACI.

## 6. Bibliografia e sitografia

- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuriesIstat>, Indicatori;
- Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Direzione Generale per la Sicurezza Stradale, 2012. “Studio di valutazione dei Costi Sociali dell'incidentalità stradale”;
- [www.istat.it](http://www.istat.it);
- [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2018/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/)
- Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019- Ministero della Salute;
- [www.epicentro.it](http://www.epicentro.it);
- Piano Regionale di Prevenzione 2014-2019 – Regione Sardegna;
- <https://www.unric.org/it/agenda-2030>