



# INCIDENTI E DISUGUAGLIANZE

---

Guida per affrontare le disuguaglianze  
nel caso di incidenti non intenzionali



Pubblicato in inglese dal WHO Regional Office for Europe con il titolo  
*Injuries and inequities: Guidance for addressing inequities in unintentional injuries*  
©World Health Organization 2014

A cura di: Francesco Zambon e Belinda Loring

Il Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS è l'unico responsabile della traduzione italiana, autorizzata dal WHO Regional Office for Europe.

Incidenti e disuguaglianze: Guida per affrontare le disuguaglianze nel caso di incidenti non intenzionali  
©Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) 2015

Traduzione a cura di Elena Barbera, Paola Capra, Mariella Di Pilato  
DoRS Regione Piemonte – ASL T03

Il testo originale, in lingua inglese, è reperibile all'indirizzo:

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/policy-briefs>

---

Per ulteriori informazioni:  
DoRS Regione Piemonte  
(Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)  
ASL T03 - Via Sabaudia 164 10095 GRUGLIASCO (TO)  
Info@dors.it - 011/40188506

Questo documento di indirizzo politico intende supportare i decisori politici di livello nazionale, regionale e locale in Europa, nel predisporre, implementare e sviluppare politiche ed interventi per ridurre le disuguaglianze nei casi di incidenti non intenzionali. Gli incidenti non intenzionali che comprendono gli incidenti stradali, le cadute, le ustioni, gli annegamenti e gli avvelenamenti, continuano a rappresentare uno dei principali problemi di salute pubblica, causando la morte di circa mezzo milione di persone ogni anno nella Regione Europea dell'OMS e molti più casi di disabilità.

Il carico complessivo<sup>1</sup> (global burden) di incidenti non intenzionali è distribuito in modo non uniforme nella Regione Europea dell'OMS.

Tra i diversi paesi, e all'interno di ciascun paese, esiste un marcato gradiente sociale<sup>2</sup> di mortalità e morbilità. Ridurre le disuguaglianze di salute è un obiettivo strategico fondamentale di *Salute 2020*<sup>3</sup> - un modello di politica per la salute e il benessere, approvato nel 2012 dai 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS.

Questa guida - che si basa su solide prove di efficacia<sup>4</sup> - si propone di aiutare concretamente i decisori politici europei a raggiungere gli obiettivi di *Salute 2020*. Dispone opzioni e concreti modus operandi per ridurre in Europa, il livello e la distribuzione non equa degli incidenti non intenzionali, attraverso approcci che affrontano i determinanti sociali degli incidenti non intenzionali e le conseguenze di salute, sociali ed economiche ad essi correlati.

<sup>1</sup>Nota a cura del traduttore: Il Global Burden of Disease si propone come "il sistema di misurazione della salute che consente di generare stime sul peso di singoli fattori (ad esempio, il consumo di tabacco) o gruppi di fattori (l'ambiente fisico, gli incidenti), che sono in grado di orientare politiche e programmi".

In Tamburlini G e Monasta L. *Il nuovo Global burden of disease study: cosa c'è di nuovo?*

<http://www.saluteinternazionale.info/2012/12/il-nuovo-global-burden-of-disease-study-cosa-ce-di-nuovo/>

<sup>2</sup>Nota a cura del traduttore: In termini di salute, il gradiente sociale ci dice che "quanto più bassa è la posizione sociale di una persona, tanto peggiore è la sua salute. Le azioni di contrasto devono concentrarsi sulla riduzione della pendenza di tale gradiente". In Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N, *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli, Fondazione Smith Kline, p. 230

<sup>3</sup>Nota a cura del traduttore - Health 2020 in lingua italiana in:

[http://www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020\\_ita\\_DEF\\_SET2014.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020_ita_DEF_SET2014.pdf)

<sup>4</sup>Nota a cura del traduttore - Si fa riferimento alle evidenze scientifiche contenute nella *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*, cfr. riferimento bibliografico n.55

Ringraziamenti e contributi .....	5
Premessa.....	6
Introduzione .....	7
01. Obiettivo della guida .....	
02. Come utilizzare la guida .....	
03. Rilevanza rispetto agli obiettivi strategici di altre politiche europee ....	
Europa: le disuguaglianze nel caso di incidenti non intenzionali ...	9
Che cosa si può fare?.....	14
01. Un approccio progressivo .....	15
02. “Primum, non nocere” .....	15
03. Interventi sulle politiche a diversi livelli .....	17
03a. Contesto e posizione socio-economica .....	22
03b. Esposizioni differenti .....	26
03c. Vulnerabilità differenti .....	26
03d. Risultati di salute differenti .....	31
03e. Conseguenze differenti .....	33
Ulteriori approfondimenti .....	38
Gli incidenti non intenzionali in Europa .....	
Politiche per contrastare gli incidenti non intenzionali .....	
Azioni per ridurre le disuguaglianze di salute intervenendo sui DSS .....	
Strumenti di valutazione delle politiche per l’equità .....	
Disaggregazione dei dati e strumenti .....	
Bibliografia.....	39

# Ringraziamenti e contributi

Questo documento è stato scritto da Francesco Zambon e Belinda Loring (WHO European Office for Investment for Health and Development, Venezia, Italia).

Revisione esperta a cura di:

- Francesco Mitis, Dinesh Sethi, Erio Ziglio, Åsa Nihlén e Sara Barragán Montes, WHO Regional Office for Europe
- Margaret Whitehead, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom
- Sue Povall, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom
- Neil Riley, Public Health Wales, Cardiff, United Kingdom
- Chris Brookes, UK Health Forum, London, United Kingdom
- Charles Price, European Commission Directorate-General for Health & Consumers, Brussels, Belgium
- Nabil Safrany, European Commission Executive Agency for Health and Consumers, Luxembourg.

Ulteriori osservazioni sono pervenute anche dal European Commission Directorate General for Health & Consumers, dall' Executive Agency for Health and Consumers e dall'European Union Expert Group on Health Inequalities.

Questo documento è stato prodotto grazie al supporto economico dell'Unione Europea.

I punti di vista ivi espressi possono non rappresentare in alcun modo l'opinione ufficiale dell'Unione Europea.

Il WHO European Office for Investment for Health and Development del WHO Regional Office for Europe desidera infine ringraziare il Ministero della Salute italiano, la Regione Veneto e la Regione Toscana per il loro costante supporto al lavoro dell'ufficio e per il sostegno economico per questa pubblicazione.

Negli ultimi decenni, gli indicatori dello stato di salute della popolazione generale sono migliorati in tutta Europa, tuttavia, tale miglioramento non è stato raggiunto ovunque o da tutti allo stesso modo. Tra le società, e all'interno di ognuna, ci sono diffuse disuguaglianze di salute che riflettono le differenti condizioni di vita delle persone. Queste disuguaglianze di salute violano il diritto dell'uomo alla salute e sono ingiuste.

*Salute 2020* è un nuovo modello di politica per la salute in Europa basato su evidenze scientifiche e principi, che, nel governo e nella società, supporta azioni per promuovere salute e benessere, riduzione delle disuguaglianze di salute e ricerca di sistemi sanitari centrati sul paziente. *Salute 2020* è stato adottato in occasione della 62<sup>a</sup> sessione del Comitato Regionale Europeo tenutasi a Malta nel settembre 2012. Il modello parte dal principio che salute e benessere sono diritti fondamentali, essenziali per lo sviluppo degli individui, per quello sociale ed economico e per un'Europa sostenibile ed equa. La salute è una risorsa fondamentale per la vita delle persone, delle famiglie e delle comunità.

Per trasformare questo principio in realtà dobbiamo affrontare le cause profonde delle disuguaglianze di salute all'interno di ogni paese e tra i diversi paesi. Oggi conosciamo di più sul tema delle disuguaglianze, grazie al rapporto pubblicato nel 2013 *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*, redatto dal professor Sir Michael Marmot e dal suo team presso l'Institute of Health Equity dell'University College di Londra.

Tuttavia, nei nostri paesi, le opportunità di godere di buona salute non sono affatto distribuite in modo equo e sono strettamente correlate a una buona educazione e istruzione, a un lavoro dignitoso, alla possibilità di avere un'abitazione e un sostegno al reddito nel corso della vita. L'attuale carico di malattia è radicato nel modo con cui affrontiamo questi fattori sociali, che influenzano gli attuali modelli di salute e gli stili di vita negativi e nel modo con cui sono distribuite e utilizzate le nostre risorse.

Per queste ragioni, accolgo con favore la pubblicazione di questa serie di policy brief che descrivono le azioni concrete per contrastare le disuguaglianze di salute, soprattutto rispetto alle sfide prioritarie che l'Europa deve affrontare per la salute pubblica: tabacco, alcol, obesità e incidenti. Spero che questa serie di pubblicazioni offra ai decisori politici e ai professionisti che si occupano di salute pubblica gli strumenti e le linee guida necessari per implementare la vision di *Salute 2020* e le raccomandazioni incluse nella *Marmot Review 2013*. I policy brief sono stati realizzati in collaborazione con l'Unione Europea e vorrei esprimere la mia gratitudine per questo sostegno e per l'attenzione con cui l'Unione Europea e l'OMS condividono questo impegno comune nell'affrontare il tema dell'equità.

Raggiungere l'obiettivo di *Salute 2020* nei diversi paesi dipenderà dalla corretta attuazione delle politiche più rilevanti. Possiamo e dobbiamo cogliere nuove opportunità per migliorare la salute e il benessere di tutti. Abbiamo la possibilità di promuovere pratiche efficaci e politiche innovative tra chi è impegnato a migliorare i risultati di salute. Occorre contrastare le attuali (spesso inaccettabili) disuguaglianze di salute presenti in tutta la nostra Regione e ridurre il divario di salute tra gli Stati Membri europei e al loro interno.

**Zsuzsanna Jakab** WHO Regional Director for Europe.

## 01. Obiettivo della guida

Questo documento di indirizzo politico intende supportare i decisori politici di livello nazionale, regionale e locale in Europa, nel predisporre, implementare e sviluppare politiche ed interventi per ridurre le disuguaglianze nei casi di incidenti non intenzionali.

Il termine incidente si riferisce al danno fisico che si verifica quando un corpo umano è improvvisamente sottoposto ad una quantità di energia che supera la soglia di tolleranza fisiologica, o al danno derivante dalla mancanza di uno o più elementi vitali, come l'ossigeno (1). Questo documento di indirizzo politico si riferisce ad un ampio gruppo di incidenti non intenzionali, che vengono classificati in base alla loro causa principale: gli incidenti stradali, le cadute, le ustioni, gli annegamenti e gli avvelenamenti.

In passato gli incidenti erano considerati accidentali e inevitabili, mentre negli ultimi decenni, grazie ad una migliore comprensione dei meccanismi che vi sottostanno, sono considerati ampiamente prevedibili e prevenibili (2, 3). Gli incidenti non intenzionali continuano ancora ad essere un importante problema di salute pubblica, causando ogni anno la morte di quasi mezzo milione di persone nella Regione Europea dell'OMS e moltissimi casi di disabilità.

Il carico di incidenti non intenzionali è distribuito in modo non uniforme nella Regione Europea dell'OMS. Se i tassi di mortalità per incidenti non intenzionali sono diminuiti in media in tutta la Regione Europea dell'OMS, nel Commonwealth degli Stati Indipendenti i tassi di mortalità hanno subito notevoli fluttuazioni a partire dalla metà degli anni '90 e continuano ad essere i più alti della Regione. Nei diversi paesi e tra un paese e l'altro esiste un marcato gradiente sociale di mortalità e morbosità. Le persone con più basso livello di istruzione, tassi inferiori di occupazione e/o reddito inferiore, non solo corrono un rischio più elevato di avere un incidente, ma, in caso di incidente, rischiano anche di subire le conseguenze più gravi (3).

In generale, molti interventi hanno dimostrato di essere efficaci nel prevenire, ridurre o attenuare la gravità degli incidenti. Le misure comprendono l'utilizzo di dispositivi di sicurezza specifici (cinture di sicurezza o rilevatori di fumo e abbigliamento ignifugo), cambiamenti ambientali (dossi per la velocità, recinzioni per le piscine), interventi educativi (campagne di marketing sociale, formazione dei genitori) e linee-guida politiche o normative (legislazione sulla guida in stato di ebbrezza). Molte di queste misure hanno anche dimostrato di essere efficienti nel rapporto costo-benefici.

Sebbene esistano pochissime evidenze sul diverso impatto che gli interventi per la sicurezza hanno sui vari gruppi socio-economici, la presenza di estese disuguaglianze (socio-economiche) nel caso di incidenti richiede ai politici di includere la dimensione dell'equità negli approcci utilizzati per contrastarli (3). Gli interventi di prevenzione devono essere progettati in modo da controbilanciare efficacemente i meccanismi che stanno alla base dell'incidente, meccanismi che possono essere diversi in ogni gruppo sociale. Questo documento di indirizzo politico fornisce indicazioni tecniche su come preparare, attuare e sviluppare nella pratica tali interventi.

# MESSAGGI CHIAVE



- le politiche e gli interventi di contrasto agli incidenti non intenzionali devono essere implementati con l'obiettivo chiaro di avere lo stesso impatto (se non addirittura un impatto maggiore) sui gruppi vulnerabili e sul resto della popolazione, per colmare il divario esistente
- gli incidenti non intenzionali (che comprendono incidenti stradali, cadute, ustioni, annegamenti e avvelenamenti) sono la causa di morte per circa mezzo milione di persone ogni anno, nella Regione Europea dell'OMS. I decessi sono solo la punta dell'iceberg: per ogni decesso ci sono molti incidenti dall'esito non mortale, che spesso comportano importanti conseguenze per la salute e ripercussioni sociali
- il carico di incidenti è distribuito in modo disomogeneo. Oltre alle differenze tra i diversi paesi, vi è un marcato gradiente sociale all'interno dei singoli paesi
- gli incidenti non intenzionali sono prevedibili e prevenibili: efficaci interventi sulla sicurezza possono prevenire, ridurre o attenuarne la gravità
- esistono pochissime evidenze che dimostrano come gli interventi per la sicurezza potrebbero influire diversamente sui vari gruppi socio-economici: è necessario valutare, per qualsiasi politica e/o intervento, il possibile diverso impatto
- politiche e interventi devono essere progettati conoscendo i meccanismi che stanno alla base degli incidenti, al fine di contrastare efficacemente le disuguaglianze di salute

## 02. Come utilizzare la guida

Il modello delle disuguaglianze nel caso di incidenti varia notevolmente tra i diversi paesi europei e al loro interno. Non è quindi possibile formulare, a livello di politiche, delle specifiche raccomandazioni che funzionino in tutti i paesi. Questa guida offre un modello che i decisori politici di livello nazionale, regionale e locale possono applicare al loro contesto specifico, sia per esaminare attentamente i processi e i fattori da cui le disuguaglianze potrebbero derivare, sia per raccomandare interventi politici che possano essere utili per contrastare ognuno di questi fattori. Alla fine della guida vengono indicate ulteriori risorse per orientare i decisori politici ad approfondire la loro conoscenza su evidenze scientifiche, pratiche promettenti e strumenti a supporto dell'elaborazione e della valutazione di politiche.

Non tutti i paesi europei possiedono dati sugli incidenti non intenzionali che possano essere disaggregati per fattori socio-economici, oltre che per fascia di età e per sesso. Sono stati pubblicati pochissimi studi sugli interventi di contrasto agli incidenti, il cui focus sia l'equità o la distribuzione degli effetti degli interventi stessi nella popolazione. Inoltre, dal momento che i paesi della Regione Europea dell'OMS hanno modelli diversi di stratificazione sociale, l'evidenza disponibile – che proviene dai paesi ad alto reddito – non si può applicare in modo diretto in tutti i casi (3).

Gli sforzi per migliorare la disaggregazione dei dati geografici e sociali, comprese le variabili individuali e di contesto, aumenterebbero la capacità di monitorare i diversi impatti delle politiche e degli interventi sui gruppi sociali.

## 03. Rilevanza rispetto agli obiettivi strategici di altre politiche europee

Ridurre le disuguaglianze di salute e migliorare la governance e l'equità rispetto alla salute sono i principali obiettivi strategici di *Salute 2020* - un modello di politica per la salute e il benessere, approvato nel 2012 dai 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS. Affrontare le principali sfide poste dalle malattie non trasmissibili e dagli incidenti è una delle politiche prioritarie di *Salute 2020*. Per raggiungere questi obiettivi, *Salute 2020* sottolinea fortemente la necessità di rafforzare la prevenzione nella popolazione e intensificare gli interventi sui determinanti sociali di salute (SDH – Social Determinants of Health), a tutti i livelli di governo. In modo analogo, nel 2009, la Commissione Europea ha adottato un documento dal titolo "*La solidarietà nella salute: ridurre le disuguaglianze di salute nell'Unione Europea*" (4), mentre l'importanza di affrontare le disuguaglianze di salute è affermata chiaramente nella strategia dell'Unione Europea (UE) *Insieme per la Salute* (5).

Tra le iniziative che promuovono espressamente misure orientate alla sicurezza, il Decennio d'Azione per la Sicurezza Stradale 2011-2020 delle Nazioni Unite è un'occasione unica per indirizzare l'agenda politica verso società più sicure. Il relativo *Piano Globale* (6) richiede un approccio sistematico e un'azione multi-settoriale che coinvolge i governi, il mondo accademico, il settore privato, la società civile, i media, le vittime e le loro famiglie. Le linee di azione sono raggruppate in cinque categorie o pilastri: (1) gestione della sicurezza stradale, (2) strade più sicure e mobilità, (3) veicoli più sicuri, (4) utenti della strada più sicuri e (5) procedure di intervento post collisioni (6).

Le disuguaglianze di salute sono definite come differenze sistematiche riguardo alla salute, che possono essere evitate con un'adeguata azione politica e che pertanto sono da considerarsi ingiuste e ingiustificate. Per poterle contrastare con un'azione efficace è necessario capire, prima di tutto, le cause di queste disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze non sono solo in relazione all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria; incidono anche molti altri determinanti collegati alle condizioni di vita e di lavoro e alle macro-politiche generali che governano un paese o una regione (Figura 1). Le disuguaglianze di salute sono causate dall'iniqua distribuzione dei determinanti di salute, come potere, reddito, beni e servizi, condizioni di vita povere e non eque e dalle differenze nell'adozione di comportamenti non salutari, che questi determinanti producono.

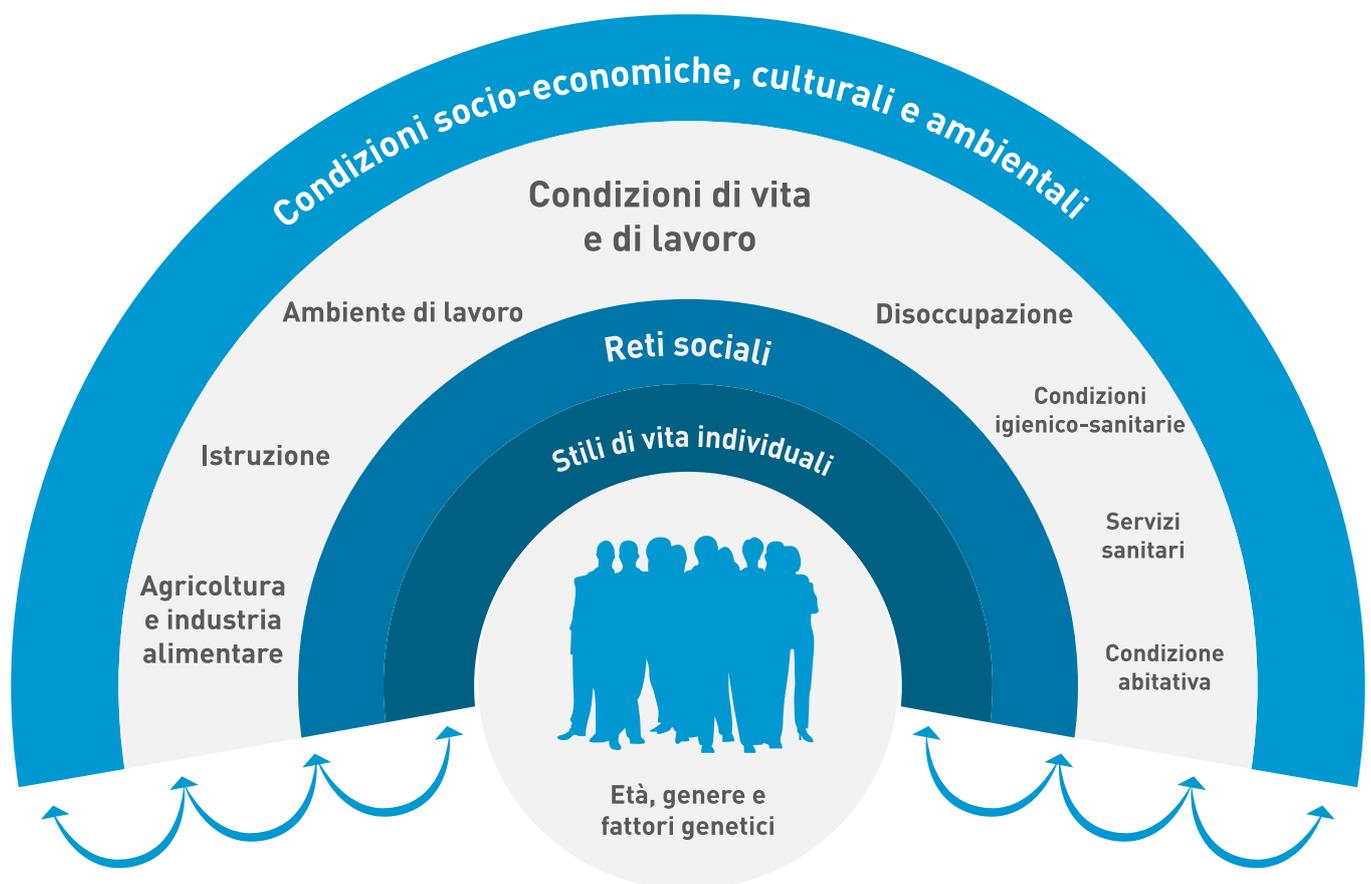
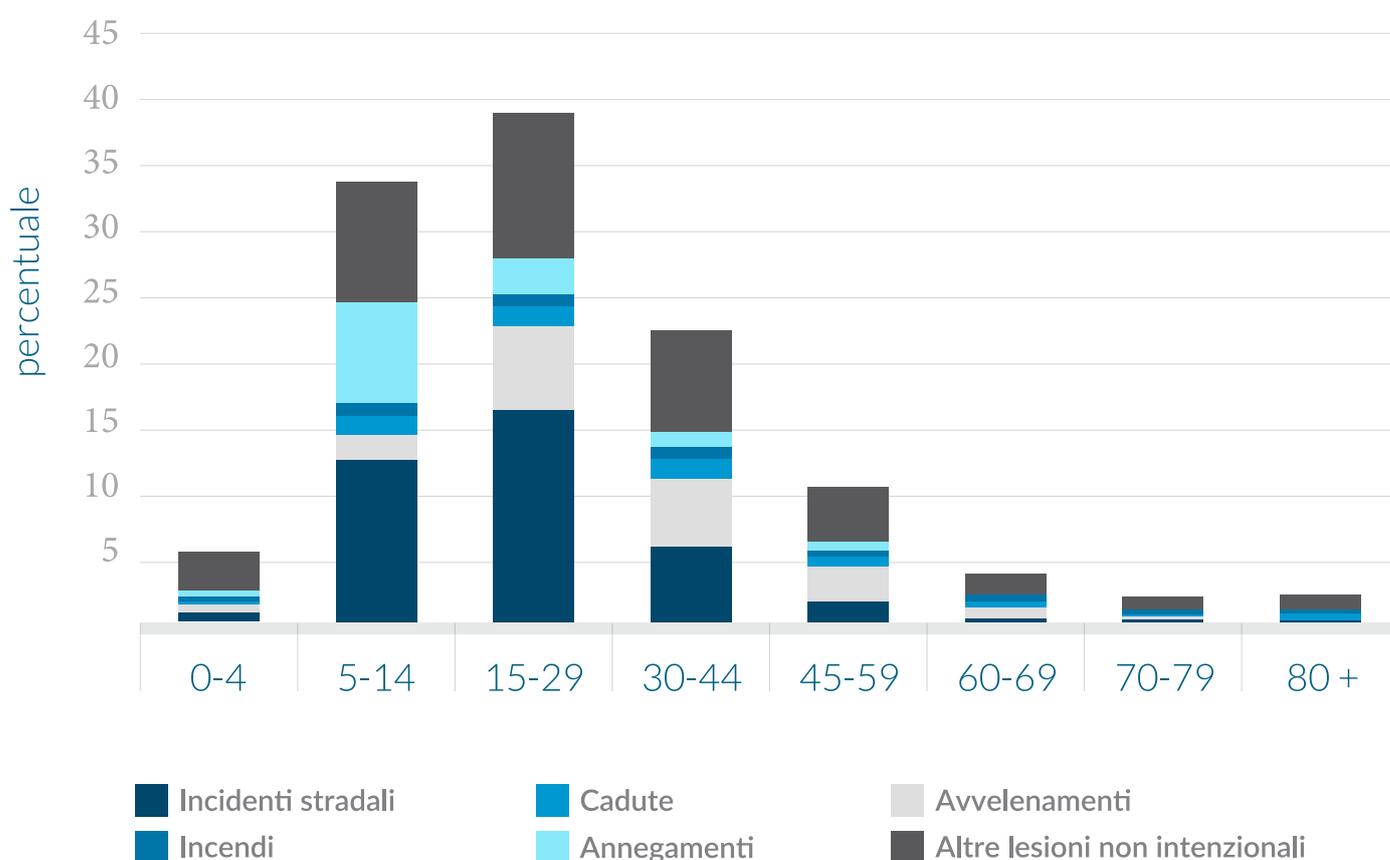


Figura 2. I principali determinanti di salute Fonte. Dahlgren & Whitehead (7)

Gli incidenti non intenzionali rappresentano uno dei principali problemi di salute pubblica, totalizzando circa mezzo milione di morti ogni anno nella Regione Europea dell'OMS, ossia il 7% di tutti i decessi (8). Sono classificati in base alla loro principale causa: incidenti stradali, cadute, ustioni, annegamenti e avvelenamenti. Numerosi incidenti sono però provocati anche da altre cause, come la corrente elettrica o l'esposizione a forze meccaniche. Tuttavia, gli approcci generali per la prevenzione sono gli stessi per tutti.

La più vasta quota di incidenti non intenzionali è attribuibile agli incidenti stradali, seguiti dagli avvelenamenti e dalle cadute. Da sole queste tipologie di incidenti sono da annoverarsi tra le 10 principali cause di morte nella popolazione tra 0 e 59 anni; mentre nella fascia di età compresa tra 5 e 29 anni sono gli incidenti stradali la principale causa di morte, provocando circa 35.000 decessi ogni anno. Tuttavia, lo schema in base a cui si distribuiscono gli incidenti mortali varia notevolmente secondo la fascia di età (Figura 2) (8-12).



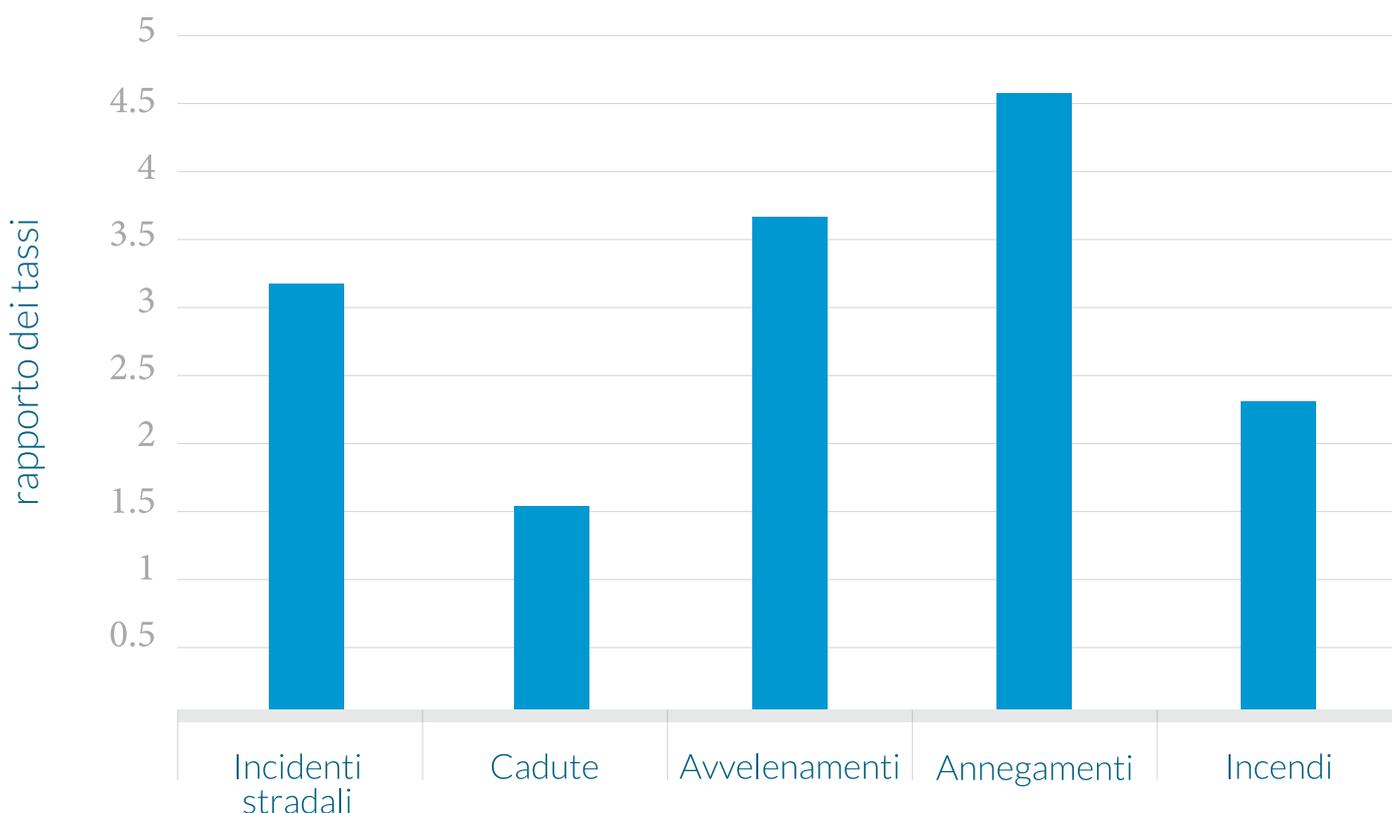
**Figura 2.** Decessi per incidenti non intenzionali espressi in percentuale sul totale di decessi nella Regione Europea dell'OMS, classificati per tipologia di incidente, riferiti ad entrambe i sessi, anno 2011

Fonte. WHO Regional Office for Europe (8).

Clinicamente parlando, i decessi sono solo la punta dell'iceberg; per ogni decesso si verificano molti incidenti non mortali, che però, a livello sociale, comportano conseguenze di vasta portata per la salute. Ad esempio, uno studio effettuato nei Paesi Bassi ha mostrato che per ogni morte causata da incidenti avvenuti in casa o durante il tempo libero, ci sono stati 160 ricoveri ospedalieri e 200 accessi al pronto soccorso (10, 13).

In Europa i tassi di mortalità per incidenti non intenzionali sono più elevati nei maschi che nelle femmine e i decessi maschili per annegamento sono 4,6 volte più frequenti di quelli femminili. Tuttavia, il rapporto maschio-femmina varia in base al tipo di incidente (Figura 3) (8).

Le evidenze scientifiche sulle differenze socio-economiche in relazione al genere sono contraddittorie e discordanti (3). Uno studio condotto in otto paesi ha dimostrato che gli uomini con livelli d'istruzione più bassi, in genere hanno un maggiore tasso di mortalità per incidenti causati da mezzi di trasporto, indipendentemente dal paese in cui è stato condotto lo studio (non sono state rilevate differenze tra i paesi partecipanti). Tuttavia, estendendo l'analisi alle donne, in particolare alla loro appartenenza sociale, e considerando la relazione con il rischio di lesioni, si è giunti a risultati contrastanti (14).



**Figura 3.** Rapporto tra decessi maschili e decessi femminili per incidente, nella Regione Europea dell'OMS, anno 2008  
**Fonte.** WHO Regional Office for Europe (8).

Il carico di incidenti non intenzionali non è distribuito in modo equo nella Regione Europea dell'OMS. Sebbene i paesi dell'Europa occidentale abbiano raggiunto buoni livelli di sicurezza, i decessi e le disabilità per incidenti continuano a rimanere elevati nei paesi dell'Europa dell'Est. Per quanto riguarda la mortalità per incidenti, la Regione Europea dell'OMS mostra la massima differenza tra i paesi poveri e quelli ricchi del mondo. Complessivamente, nei paesi a basso e medio reddito, il rischio di morire per incidenti non intenzionali è tre volte superiore che nei paesi con un reddito elevato. Tuttavia, quando si considerano le cause specifiche degli incidenti, emergono disuguaglianze molto più grandi. Per esempio, il tasso di mortalità per incidenti stradali è di 3 su 100.000 in Svezia, mentre in Kazakistan è sette volte tanto (9). Oltre a queste differenze nella Regione, esistono disparità anche all'interno dei singoli paesi, senza eccezioni.

In generale, in tutti i paesi, le persone più svantaggiate hanno un rischio di incidenti non intenzionali mortali e non mortali più alto rispetto ai membri più abbienti della società. La vulnerabilità, l'esposizione e le conseguenze degli incidenti gravano in modo differente, in base allo status socio-economico (15-17). I bambini e le persone dei gruppi svantaggiati possono soffrire di malnutrizione e presentare contemporaneamente più patologie: pertanto, a seguito di un incidente sono più soggetti a subire conseguenze peggiori. Inoltre, le lesioni accentuano il ciclo della povertà, poiché i gruppi più vulnerabili rispetto alle persone agiate, hanno meno probabilità di poter sostenere le spese mediche, di potersi assentare dal lavoro o di avere un'assicurazione.

Per esempio, in Inghilterra e nel Galles, i bambini delle famiglie meno abbienti hanno una probabilità 37.7 volte superiore di morire per esposizione al fumo o al fuoco, rispetto alle famiglie più abbienti (18). Le cause che portano all'incidente variano nei differenti gruppi sociali. Migliorare la sicurezza richiede interventi flessibili e multidisciplinari, basati su una conoscenza approfondita delle comunità (3).

La ricerca ha dimostrato che più una malattia è prevenibile più forte è la relazione tra risultato di salute e livello socio-economico. Gli individui più svantaggiati hanno minore possibilità di accesso ai dispositivi di sicurezza, agli interventi educativi e ai programmi per modificare comportamenti non sicuri – per citare solo alcuni degli strumenti di prevenzione. Le persone benestanti hanno una serie di risorse che rendono la prevenzione più accessibile. Inoltre, in caso di incidente, potersi permettere un'assistenza medica di elevata qualità può creare disuguaglianze e rendere più pesante, nei ceti più poveri, il carico degli incidenti (19).

Pochissime politiche ed interventi tengono conto della dimensione dell'equità nella fase di progettazione. Sarebbe opportuna e utile un'ulteriore valutazione del differente impatto tra i diversi gruppi socio-economici.

# MESSAGGI CHIAVE



- gli incidenti non intenzionali sono una delle principali cause di morte
- il carico degli incidenti non è distribuito in modo equo tra i diversi gruppi socio-economici. Le persone con livelli bassi di istruzione, di occupazione e di reddito, sono più a rischio di incidenti non intenzionali, rispetto a coloro che godono di migliori condizioni
- i maschi sono più colpiti da decessi e disabilità rispetto alle femmine, per quanto riguarda tutti i tipi di incidenti non intenzionali
- gli interventi di prevenzione possono aumentare efficacemente il livello complessivo di sicurezza in una popolazione, ma non possono diminuire le disuguaglianze rispetto agli incidenti non intenzionali tra i diversi gruppi socio-economici
- sebbene solide evidenze documentino le disuguaglianze nel caso di incidenti non intenzionali, sono molto poche le politiche e gli interventi che nella fase di progettazione includono la dimensione dell'equità
- la complessa interazione tra variabili individuali, di comunità e strutturali, porta, nei vari gruppi socio-economici, a differenti cause sottostanti in caso di incidente. Le misure di sicurezza devono partire da questa consapevolezza

## Che cosa si può fare?

Gli incidenti non intenzionali impongono alle società costi ingenti, che potrebbero essere drasticamente abbattuti. Si stima che gli incidenti stradali da soli riducano il prodotto interno lordo di un paese fino al 3,9 % (8). Inoltre, i costi associati alle cure mediche e la perdita di reddito derivante dalle lesioni subite, possono impoverire ulteriormente le persone che già vivono in condizioni svantaggiate e spingerle al di sotto della soglia di povertà (“medical poverty trap”).

Esistono interventi costo-efficaci che possono ridurre il carico complessivo degli incidenti non intenzionali. Essi hanno un elevato ritorno sugli investimenti, poiché portano ad un risparmio di vite umane economicamente produttive. Uno studio condotto in Inghilterra dimostra che, implementare azioni di prevenzione, nei bambini e nei giovani, con lo scopo di evitare gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri per incidenti non intenzionali, consente risparmi di rilievo. Se, a livello nazionale, gli incidenti non intenzionali nei bambini venissero ridotti dell’11%, sarebbe possibile disporre di fondi sufficienti a compensare il costo per realizzare interventi di prevenzione (20).

Nonostante l’impressionante evidenza sull’esistenza di un forte gradiente sociale per tutti i tipi di incidenti, è raro trovare politiche e interventi che affrontino chiaramente la dimensione dell’equità in modo tale da prevedere l’impatto sui diversi gruppi sociali (3). Questo si traduce in una mancanza di conoscenza per comprendere se gli interventi sono ugualmente efficaci in tutti i gruppi socio-economici e se riducono progressivamente il rischio di incidenti negli individui più vulnerabili. Gli interventi rivolti ai gruppi svantaggiati di solito implicano misure come l’adozione di pratiche sicure e l’uso di dispositivi di sicurezza, che tuttavia potrebbero non essere sufficienti a diminuire il livello di rischio di incidenti (21).

Gli interventi orientati all’equità dovrebbero essere progettati in modo da contrastare efficacemente i meccanismi che sottostanno agli incidenti, meccanismi che possono essere diversi in ogni gruppo sociale. Questi interventi sono necessari per aumentare progressivamente il livello di sicurezza dei gruppi che più ne hanno bisogno, attraverso concertate azioni multi-settoriali. Strategie di “sicurezza per tutti”, come interventi legislativi, di regolamentazione e di enforcement<sup>5</sup> sono efficaci nel ridurre gli incidenti in tutti i gruppi sociali. Standard minimi relativi a dispositivi / attrezzature e adozione di comportamenti e pratiche sicure, come per esempio indossare le cinture di sicurezza in auto, sono alcune delle strategie contemplate. Sebbene sia universalmente riconosciuto che gli interventi passivi, rivolti a tutti, come la gestione della sicurezza del traffico stradale, sono più efficaci nel ridurre il carico di incidenti, non è noto se essi favoriscano in modo diverso i gruppi svantaggiati, riducendo così le disuguaglianze tra i gruppi socio-economici (3).

Gli approcci efficaci tendono a focalizzarsi sui processi e sulle cause da cui traggono origine le differenze riguardo alla sicurezza. Le politiche e gli interventi orientati all’equità hanno l’obiettivo di limitare le disuguaglianze nella popolazione e nei quartieri meno abbienti, attraverso azioni mirate a ridurre l’esposizione al rischio e alle conseguenze degli incidenti (22).

<sup>5</sup>Nota a cura del traduttore - Enforcement: interventi finalizzati all’attuazione, applicazione, controllo, rispetto e rafforzamento di una legge, norma o regola.

Esistono diversi approcci per la prevenzione delle disuguaglianze socio-economiche negli incidenti non intenzionali, approcci incentrati sui vari aspetti della prevenzione (7, 23):

### Prevenzione primaria

Possibilità di trovarsi in situazioni di sicurezza: alcune persone sono esposte a rischi strutturali più elevati, come i bambini che vivono in zone molto trafficate.

### Prevenzione secondaria

Possibilità di evitare i rischi: alcune persone sono meno in grado di evitare gli incidenti. Per esempio non tutti si possono permettere i sistemi di protezione per consentire ai bambini di viaggiare in auto in condizioni di sicurezza.

### Prevenzione terziaria

Accesso o utilizzo dei servizi sanitari: alcune persone vivono in zone prive di servizi che, in caso di trauma, possano prestare interventi di primo soccorso e cure di riabilitazione.

Tali interventi dovrebbero essere parte integrante di più ampie politiche indirizzate al benessere sociale e di politiche che promuovono la mobilità sociale.

## 01. Un approccio progressivo

I Paesi europei hanno esperienze e competenze molto diverse nell'affrontare le disuguaglianze di salute. Tuttavia indipendentemente dalla condizione di partenza, qualcosa può essere fatto. Può essere adottato un approccio progressivo per ridurre le disuguaglianze (Figura 4).



**Figura 4.** Approccio progressivo per ridurre le disuguaglianze

Non sono solo i più emarginati a subire un carico sproporzionato di incidenti non intenzionali. Esiste un gradiente sociale, per cui ogni gruppo socio-economico ha un rischio relativamente più alto di incorrere in un incidente non intenzionale rispetto al gruppo che occupa il livello superiore della scala sociale. Colmare le distanze tra i diversi gruppi e ridurre il gradiente sociale richiede una strategia che associ a politiche universali misure supplementari, in base ai diversi livelli di necessità.

## 02. “Primum, non nocere”

Alcuni interventi di salute pubblica aggravano, pur senza volerlo, le disuguaglianze. Fino a quando l'equità non sarà presa esplicitamente in considerazione, l'approccio attualmente in uso porterà a creare politiche, programmi e servizi che incrementano il gradiente sociale di salute. Sfortunatamente, sebbene questo non sia l'intento dei decisori politici, i gruppi più svantaggiati trarranno il minimo beneficio dalla politica (anche se dovrebbero essere i primi ad averne un vantaggio) e le disuguaglianze aumenteranno invece di ridursi.

Per esempio, uno studio del Regno Unito ha valutato l'efficacia di interventi di sicurezza domestica, che comprendevano una consulenza sulla sicurezza e la fornitura gratuita di dispositivi di sicurezza ad un campione molto ampio di famiglie. Lo studio ha riscontrato che le famiglie appartenenti a minoranze etniche erano meno propense delle altre famiglie a seguire alcune procedure di sicurezza domestica (come la conservazione sicura di medicinali e di prodotti per la pulizia), aumentando le disuguaglianze, invece di ridurle (24).

Questo sembra essere vero soprattutto per le vaste campagne di educazione pubblica e per gli interventi individuali di promozione della salute, che spesso hanno maggiore impatto sui più abbienti. Ma ciò non dovrebbe accadere (25, 26). Alcune misure, come quelle per la moderazione del traffico (i “traffic calming”), sono efficaci nel ridurre gli incidenti che coinvolgono i pedoni, in tutti i gruppi socio-economici. Le misure per la moderazione del traffico possono anche ridurre le disuguaglianze nel caso di incidenti che coinvolgono i pedoni bambini (27). Esistono altre buone strategie per prevenire gli incidenti non intenzionali che non sono state oggetto di valutazione di efficacia pratica nei differenti gruppi socio-economici e perciò non si può presupporre che queste misure avranno gli stessi effetti in tutta la società. Numerosi sono gli strumenti a disposizione per valutare l'impatto, in termini di equità, di politiche e interventi (consulta la sezione “Ulteriori approfondimenti”, alla fine di questo policy brief).

Lo sviluppo di politiche e interventi può trarre beneficio da una serie di 10 ben note strategie per la prevenzione degli incidenti (28), indirizzate sia alle fasi che costituiscono il processo di un incidente, sia alle aree suscettibili di cambiamento. Tuttavia non è stata effettuata nessuna valutazione approfondita di queste strategie con la lente dell'equità, seppure sia possibile presumere che più un intervento è vicino ad individuare la fonte del pericolo e a mettere in atto misure per modificarla, eliminarla, separarla o isolarla (sicurezza passiva), maggiore è il suo potenziale di riduzione delle disuguaglianze in caso di rischio di incidente. Al contrario, più un intervento dipende dall'adozione di un comportamento sicuro (sicurezza attiva) in condizioni di vita, di lavoro o di ambiente stradale difficili, minore sarà la probabilità che risulti efficace per gli individui e le comunità meno abbienti, a meno che gli interventi di cambiamento di comportamento non siano accompagnati da interventi di enforcement (3).

Nel qual caso è probabile che non riescano a ridurre il divario in tema di sicurezza.

La Tabella 1 mostra le 10 strategie sviluppate da Haddon e il loro impatto sulle disuguaglianze (28).

Il decisore politico dispone di tre approcci per implementare tali strategie:

- **programmi rivolti alla popolazione**, che prevedono il medesimo intervento per tutti i gruppi
- **programmi rivolti ai gruppi più a rischio**
- **programmi rivolti alla popolazione che prevedono interventi personalizzati** per differenti gruppi

Interventi legislativi, di regolamentazione e di enforcement sono strategie orientate alla “sicurezza per tutti” e hanno dimostrato di essere efficaci nel ridurre il carico globale di incidenti. I programmi personalizzati hanno l’obiettivo di individuare le persone a rischio, di diminuire la loro esposizione e la loro vulnerabilità al rischio, di prevenire, in caso di incidenti, le conseguenze dettate dalla non equità. Questo, per esempio, si può ottenere con un programma educativo e con la distribuzione gratuita di dispositivi di sicurezza, ai gruppi più a rischio (29).

Tabella 1. 10 strategie per la prevenzione degli incidenti e il loro potenziale impatto sulle disuguaglianze

Le 10 strategie di Haddon per la prevenzione e il controllo degli incidenti	Tipo di intervento	Finalità della politica/ dell'intervento	Esempi	Impatto sulle disuguaglianze
<b>Eliminare il rischio</b> <b>1</b>	Leggi, regolamenti, interventi infrastrutturali	Limitare l'esposizione	-	Probabilità di aumentare la sicurezza per tutti
<b>Separare il rischio</b> <b>2</b>	Leggi, regolamenti, interventi infrastrutturali, fornitura di dispositivi di sicurezza	Limitare l'esposizione	Cadute: cancelletti di sicurezza per le scale  Cadute: fermi di sicurezza per le finestre	Programmi educativi relativi all'uso /al possesso di cancelletti di sicurezza per le scale sono risultati più efficaci tra le famiglie svantaggiate (in confronto ai loro gruppi di controllo) (30)  Programmi educativi relativi all'uso /possesso di fermi di sicurezza per le finestre sono risultati meno efficaci tra le famiglie svantaggiate (in confronto ai loro gruppi di controllo) (21) <sup>6</sup>
<b>Isolare il rischio</b> <b>3</b>	Leggi, regolamenti, interventi infrastrutturali	Limitare l'esposizione	Recinzioni per piscine, acqua park e luoghi di ricreazione acquatici; barriere di protezione poste al bordo di scogliere o burroni	Probabilità di aumentare la sicurezza per tutti

<sup>6</sup>Nota a cura del traduttore. La revisione sistematica Cochrane a cui si fa riferimento in bibliografia è stata aggiornata nel 2012. Il nuovo riferimento è: Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, Hubbard SJ, Sutton AJ, Smith S, Wynn P, Mulvaney CA, Watson MC, Coupland C. *Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD005014. DOI: 10.1002/14651858.CD005014.pub3. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005014.pub3/pdf>

Le 10 strategie di Haddon per la prevenzione e il controllo degli incidenti	Tipo di intervento	Finalità della politica/ dell'intervento	Esempi	Impatto sulle disuguaglianze
<p><b>Modificare il rischio</b></p> <p>4</p>	<p>Leggi, regolamenti, interventi infrastrutturali</p>	<p>Limitare l'esposizione</p>	<p>Scottature: valvola di sicurezza per regolare la temperatura bollente dell'acqua del rubinetto</p>	<p>Programmi educativi relativi alla prevenzione delle ustioni sono risultati più efficaci tra le famiglie svantaggiate (in confronto ai loro gruppi di controllo). (21)</p>
			<p>Incidenti stradali: misure di moderazione del traffico ("traffic calming")</p>	<p>Le misure per la moderazione del traffico sono associate ad una riduzione in valore assoluto degli incidenti che coinvolgono i pedoni e ad una riduzione in valore relativo delle disuguaglianze nel tasso di incidenti che coinvolgono i pedoni bambini (27)</p>
			<p>Bruciate: camicie da notte in tessuto ignifugo, resistente alle fiamme</p>	<p>Non previene gli incidenti ma contribuisce in modo significativo alla riduzione degli incidenti mortali negli individui appartenenti a tutti i gruppi sociali (3)</p>
<p><b>Equipaggiare le persone</b></p> <p>5</p>	<p>Standard di sicurezza, politiche sul prezzo dei dispositivi di sicurezza, distribuzione gratuita di dispositivi di sicurezza</p>	<p>Limitare la vulnerabilità</p>	<p>Incidenti stradali: normative sui caschi per ciclisti</p>	<p>La normativa sull'uso dei caschi per ciclisti è efficace nell'aumentare l'utilizzo del casco nei bambini e in particolare nei bambini che vivono nelle aree più svantaggiate (31)</p>
			<p>Incendi: rilevatori di fumo</p>	<p>Stesso impatto su tutti i gruppi socio-economici (32, 33)</p>

Le 10 strategie di Haddon per la prevenzione e il controllo degli incidenti	Tipo di intervento	Finalità della politica/ dell'intervento	Esempi	Impatto sulle disuguaglianze
<b>6</b> <b>Formare e istruire le persone</b>	Programmi di visite domiciliari, campagne di marketing sociale, corsi di formazione, azioni di enforcement sulla legge	Limitare la vulnerabilità	Incidenti stradali: programmi educativi rivolti alla popolazione uniti alla economicità e alla disponibilità di caschi per ciclisti	I programmi hanno avuto un impatto positivo sui traumi cranici nei comuni ricchi e nei comuni poveri (34)
<b>7</b> <b>Avvisare e mettere in guardia le persone</b>	Programmi di visite domiciliari, campagne di marketing sociale, corsi di formazione, azioni di enforcement sulla legge	Limitare la vulnerabilità	Incidenti stradali: programmi educativi rivolti alla popolazione uniti alla economicità e alla disponibilità di caschi per ciclisti	I programmi hanno avuto un impatto positivo sui traumi cranici nei comuni ricchi e nei comuni poveri (34)
<b>8</b> <b>Supervisione sulle persone</b>	Programmi genitoriali, azioni di enforcement sulla legge	Limitare la vulnerabilità	Interventi per prevenire gli annegamenti	Impatto maggiore sui gruppi svantaggiati (21)
<b>9</b> <b>Prestare soccorso alle persone</b>	Migliorare i centri di traumatologia nelle aree più svantaggiate, aumentando l'accessibilità e l'economicità delle cure	Migliorare i risultati di salute	-	Probabilità di aumentare la sicurezza nei gruppi svantaggiati
<b>10</b> <b>Curare e riabilitare le persone</b>	Migliorare l'accessibilità e economicità delle cure, migliorare il sistema di previdenza e di protezione sociale	Limitare le conseguenze sulla salute	-	-

# MESSAGGI CHIAVE



- gli interventi di sanità pubblica nati con le migliori intenzioni spesso aumentano le disuguaglianze. Il tema dell'equità deve essere inserito in modo esplicito nella fase di progettazione di tutti i programmi e di tutte le politiche indirizzate agli incidenti non intenzionali
- non dare per scontato che ciò che in media funziona, funzioni per tutti  
– è fondamentale analizzare l'effetto degli interventi sui diversi gruppi sociali
- è necessario monitorare tutte le politiche per verificarne l'efficacia nel raggiungere i previsti risultati di equità
- modificare, isolare e/o eliminare la fonte di pericolo potrebbe avere un enorme potenziale nel ridurre le disuguaglianze in tutti i gruppi socio-economici, laddove esiste un rischio di incidente (sicurezza passiva)
- gli interventi che si basano sull'adozione di un comportamento sano (sicurezza attiva) hanno minore probabilità di essere efficaci tra i gruppi più svantaggiati

## 03. Interventi sulle politiche a differenti livelli

Le disuguaglianze negli incidenti non intenzionali possono emergere da fattori presenti a molti livelli (Figura 5), quali:

- il **contesto socio-economico** generale
- le **esposizioni differenti a fattori di rischio**
- la **diversa vulnerabilità** dei gruppi di popolazione
- i **vari tipi di esperienza all'interno del sistema sanitario**
- le **molteplici conseguenze** causate dagli incidenti

Per i più svantaggiati nella società, le disuguaglianze esistono a tutti questi livelli e portano a un insieme di condizioni sfavorevoli.

Per esempio, i gruppi di popolazione più poveri, emarginati dalla società, hanno una maggiore probabilità di essere esposti a condizioni abitative non sicure e ad ambienti pericolosi a causa del traffico, hanno un accesso limitato alle informazioni e alle istruzioni riguardanti la sicurezza, hanno minori possibilità di pagare un'assicurazione sulla casa e sull'automobile e hanno meno opportunità di ricevere cure mediche e servizi riabilitativi di qualità elevata (3).

Pensare al modo in cui possono insorgere le disuguaglianze nel caso di incidenti non intenzionali, può aiutare ad individuare i momenti nei quali intervenire (Figura 5).

Un approccio globale per ridurre le disuguaglianze negli incidenti non intenzionali prevede una combinazione di politiche indirizzate alle disuguaglianze radicate nei determinanti sociali e di politiche che affrontano i "sintomi" delle disuguaglianze nei determinanti sociali di salute o che cercano di compensarne gli effetti. Questo approccio richiede un insieme di interventi - sia semplici che complessi - articolati in azioni da attuare nel breve periodo, ma focalizzate sul lungo periodo (Figura 6).

### 03a. Contesto e posizione socio-economica

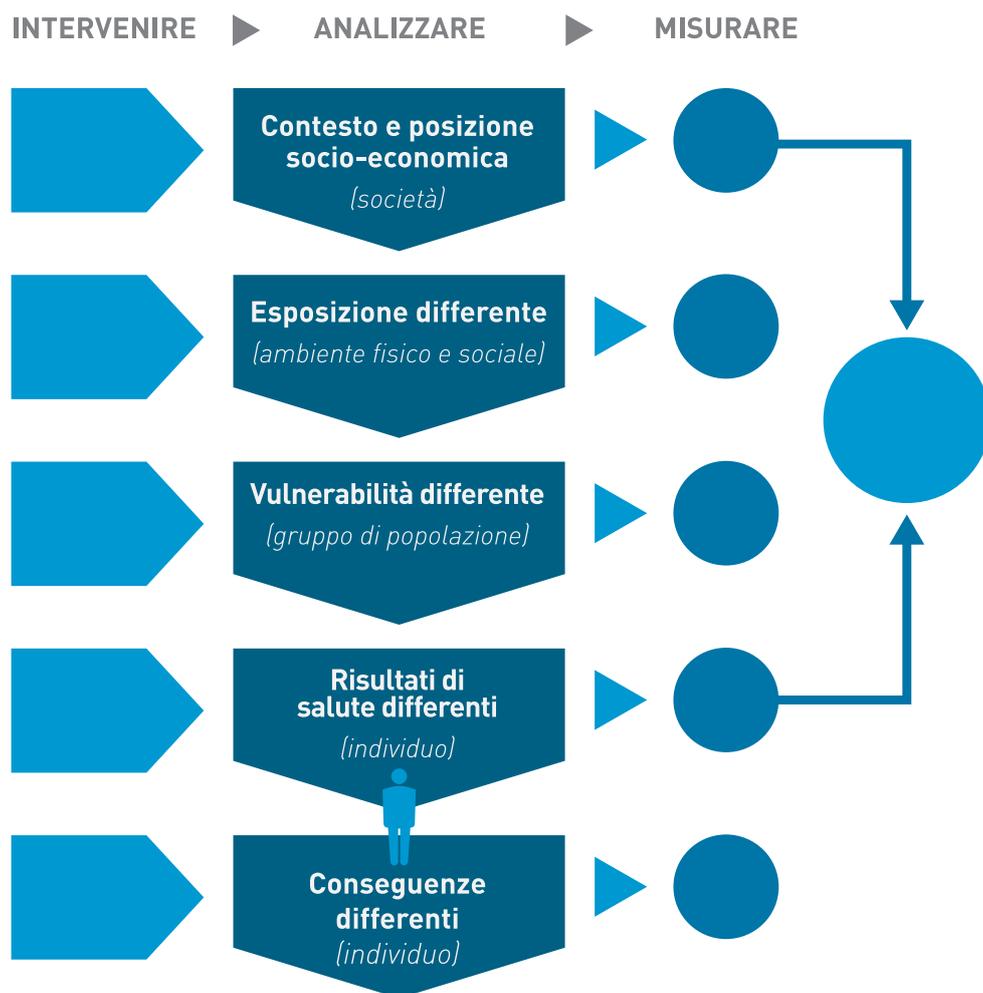
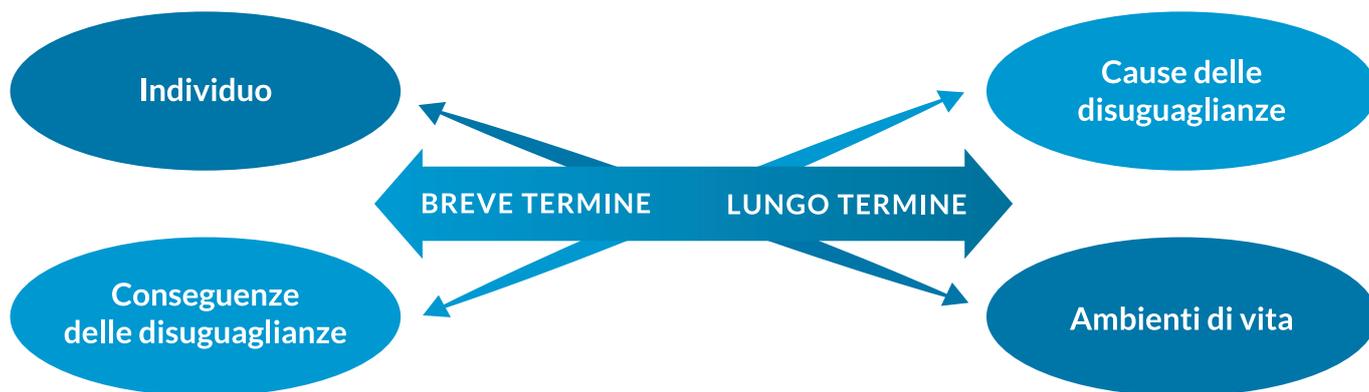


Figura 5. I livelli in cui possono svilupparsi, ed essere affrontate, le disuguaglianze di salute

Fonte. Blas & Kurup (35)



**Figura 6.** Affrontare le disuguaglianze richiede una combinazione di politiche

Molti sono i fattori che nei contesti socio-economici di livello internazionale, europeo o nazionale possono influenzare il modo in cui sono distribuiti i determinanti sociali di salute (SDH). Sono inclusi quei fattori del contesto socio-economico che nelle società europee

- influenzano il modo in cui il rischio si produce, si distribuisce e il ruolo che gioca
- condizionano i gruppi più a rischio di subire lesioni correlate all'incidente

Questi fattori possono essere modificati o se ne possono compensare gli effetti (Tabella 2).

Misure come gli interventi legislativi, i regolamenti e le azioni di enforcement – rivolti ai principali fattori di rischio nel caso di incidenti non intenzionali – riducono il carico globale di incidenti e possono anche ridurre le disuguaglianze, definendo condizioni e standard minimi per garantire la sicurezza e imponendo comportamenti e pratiche sicure. Tuttavia, un'indagine recente sul tema della sicurezza stradale ha constatato che solo il 49% dei paesi della Regione Europea OMS dispone di una legislazione che si estende ai cinque principali fattori di rischio degli incidenti stradali: velocità eccessiva, guida in stato di ebbrezza, uso del casco, uso delle cinture di sicurezza e uso di dispositivi di protezione per trasportare i bambini in auto. Dall'indagine, inoltre, risulta che la maggior parte dei paesi riferisce la necessità di controllare che la legislazione venga applicata, per essere davvero efficace (11).

Le strategie orientate alla “sicurezza per tutti”, come la normativa che limita l'accesso a prodotti o sostanze pericolose, hanno un impatto protettivo rispetto agli incidenti non intenzionali e a quelli intenzionali. Un esempio è rappresentato dalla legislazione inglese che limita il quantitativo massimo di paracetamolo e di aspirina che può essere acquistato in una sola volta in un negozio, con avvertimenti esposti in modo chiaro sulla confezione, riguardo al pericolo in caso di eccessiva assunzione (Box 1). Questa normativa, e la sua azione di enforcement, sono state efficaci nel prevenire non solo i casi di avvelenamento accidentale, ma anche quelli di suicidio (36).

## BOX 1



### Regno Unito: normativa efficace nel ridurre i casi di avvelenamento accidentale

L'avvelenamento causato dal paracetamolo (un medicinale che viene solitamente venduto senza prescrizione medica) è la causa di numerose morti accidentali ed è una causa frequente di epatotossicità e di accesso all'unità di epatologia. Nel Regno Unito è stata introdotta una normativa per ridurre le dimensioni delle confezioni di paracetamolo vendibili senza ricetta medica. Nelle farmacie è possibile acquistare le confezioni da 32 pillole, mentre nelle parafarmacie solo quelle da 16. Uno studio condotto in Inghilterra e nel Galles ha dimostrato come in un arco temporale di 11 anni tale normativa era associata ad una riduzione significativa dei decessi per avvelenamento da paracetamolo. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per analizzare se la riduzione dei decessi è distribuita in modo equo in tutte le classi sociali (36).

### 03b. Esposizioni differenti

Alcuni gruppi possono essere esposti a fattori che aumentano il rischio di incidenti non intenzionali. Esistono situazioni di differente esposizione ai pericoli, come per esempio ambienti non sicuri o condizioni del traffico. Nel Regno Unito, i bambini che vivono nelle zone più svantaggiate hanno più probabilità dei loro pari, che vivono in zone più ricche, di andare a scuola a piedi o da soli, senza essere accompagnati da un adulto (38).

Le strategie efficaci nel ridurre l'esposizione al rischio dovranno indirizzarsi ai comportamenti come alle infrastrutture (Box 2 e Tabella 3). Ad esempio, i percorsi casa-scuola dei bambini richiedono azioni di supervisione (si indirizzano perciò ad un comportamento) e richiedono lo sviluppo di aree sicure dove giocare (si indirizzano ad un cambiamento ambientale). Inoltre, l'uso del territorio e le politiche dei trasporti, così come le normative per la progettazione delle abitazioni, possono avere un effetto, nella misura in cui modificano l'esposizione ai pericoli (39).

**Tabella 2.** I fattori del contesto socio-economico che determinano le disuguaglianze e gli interventi da attuare

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p><b>I livelli di povertà e la loro distribuzione</b></p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• semplificare i requisiti per avere l'idoneità e per avere diritto ad un supporto a chi è privo di documenti d'identità</li> <li>• migliorare l'accessibilità dei servizi destinati ai gruppi ad alto rischio (formazione del personale, politiche di assunzione, sensibilità culturale e di genere, orari di apertura, ubicazione dei servizi)</li> <li>• rivedere la continuità del percorso di cura, per garantire migliori collegamenti tra servizi sanitari e servizi sociali ai pazienti che, dopo la dimissione dalle strutture sanitarie, sono più a rischio di subire conseguenze negative per la propria salute (ad esempio i senza fissa dimora)</li> <li>• fornire un supporto abitativo a chi viene dimesso dopo un ricovero per cure</li> </ul>
<p><b>Le norme culturali sulla sicurezza e le norme di genere</b></p> <p>2</p> <p><i>Per esempio: i giovani maschi hanno stili di vita e comportamenti a rischio, incoraggiati da norme, aspettative e identità fortemente condizionate da una cultura maschile</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mettere in atto delle campagne per promuovere una cultura della sicurezza, che siano progettate secondo studi qualitativi e quantitativi che ragionano sui comportamenti non sicuri tra i gruppi vulnerabili, e che siano progettate specificamente per raggiungere gli individui più svantaggiati</li> <li>• rafforzare le azioni di enforcement sulla legge e introdurre dei regolamenti che definiscano gli standard di sicurezza</li> <li>• attuare delle misure che si indirizzino alle norme e ai valori di genere, per contrastare i comportamenti a rischio</li> <li>• mettere in atto delle misure per modificare culture nocive legate al consumo di alcolici, diffuse tra alcuni gruppi di popolazione (come gli uomini e i giovani), al fine di prevenire la guida in stato di ebbrezza</li> </ul>
<p><b>Le condizioni dell'ambiente domestico e dell'ambiente di lavoro e delle aree adibite alla ricreazione; l'ambiente stradale; la manutenzione delle infrastrutture stradali</b></p> <p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• migliorare gli standard di sicurezza di ambienti domestici e lavorativi</li> <li>• effettuare azioni di audit sulle condizioni di sicurezza della rete stradale esistente e inserire l'argomento sicurezza nella progettazione di nuove strade</li> <li>• produrre dispositivi di sicurezza (caschi, cinture, di sicurezza, sistemi di protezione per bambini) che siano conformi alle normative di sicurezza internazionali</li> <li>• elaborare una legge sulla sicurezza che definisca gli standard e le condizioni minime da rispettare sui luoghi di lavoro, negli edifici pubblici e privati, nelle aree adibite alla ricreazione sulle strade</li> </ul>
<p><b>Disuguali opportunità riguardo alla sicurezza: disponibilità ed economicità dei dispositivi di sicurezza</b></p> <p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• garantire la convenienza economica dei dispositivi di sicurezza (cancellotti di sicurezza per le scale, rilevatori di fumo, caschi) con una regolamentazione / controllo del prezzo</li> <li>• co-finanziare l'acquisto di dispositivi di sicurezza da parte dei gruppi meno abbienti</li> <li>• fornire incentivi economici, distribuzione gratuita e prestiti per l'acquisto di dispositivi di protezione per bambini che viaggiano in autoveicoli (37)</li> </ul>

**Determinanti delle disuguaglianze**

**Interventi da attuare**

**Esclusione sociale/emarginazione**

5

- coinvolgere gli individui che appartengono ai gruppi più emarginati nello sviluppo e nell'implementazione di politiche che consentano loro di soddisfare i propri diritti (istruzione, sanità, abitazione)

È importante comprendere il meccanismo che, nei diversi gruppi sociali, accresce l'esposizione al rischio di incidenti. Per esempio, se genitori appartenenti a gruppi socialmente svantaggiati presentano solo un deficit a livello di informazioni, questo potenzialmente può venire affrontato con un approccio educativo. Se invece i bambini affrontano un rischio maggiore, perché vivono in zone esposte ad alta densità di traffico, allora potrebbero essere necessarie delle misure politiche e ambientali a più ampio spettro (39).

L'abuso di alcol è un fattore di rischio per gli incidenti non intenzionali, in tutti i gruppi socio-economici, con un'associazione abuso - rischio maggiore per quei gruppi che si trovano sul gradino più basso della scala sociale. Inoltre, l'abuso di alcol è uno dei più forti fattori predittivi di casi di violenza interpersonale e di lesioni autoinflitte. Considerando che, in rapporto alle conseguenze di un incidente, l'alcol gioca un ruolo di primo piano, gli interventi indirizzati a diminuire l'abuso di alcol o a ridurre la possibilità di accesso, limitando gli orari di apertura dei bar e dei punti di vendita delle bevande alcoliche, aumenteranno i benefici per tutta la società (3).

**BOX 2**



**Lipetskaja oblast nella Federazione Russa: comportamenti più sicuri attraverso strategie che potenziano l'enforcement in vigore e con campagne di marketing sociale**

Nel 2010 la regione russa di Lipetskaja oblast ha attuato un progetto multisetoriale di sicurezza stradale (Sicurezza Stradale in 10 Paesi) che, tra le proprie iniziative, prevedeva una nuova campagna di marketing sociale e iniziative di sviluppo di comunità<sup>7</sup>, per incrementare l'uso delle cinture di sicurezza.

Per raggiungere i gruppi ad alto rischio, spot televisivi efficaci e incisivi sono stati accompagnati da cartellonistica e altri mezzi di comunicazione. Durante la campagna, i controlli da parte della polizia sono aumentati di 10 volte rispetto alle misure di controllo adottate prima della campagna. L'iniziativa ha portato, nella regione, ad un aumento significativo dell'uso delle cinture di sicurezza e del numero di vite salvate. Tuttavia, non è stata effettuata una valutazione per verificare se i miglioramenti in merito alla sicurezza si siano distribuiti equamente tra i diversi gruppi socio-economici (40, 41).

<sup>7</sup>Nota a cura del traduttore. "Sviluppo di comunità: processo di collaborazione o di auto-mutuo aiuto che coinvolge i residenti di una comunità locale, con lo scopo di migliorarne le condizioni sociali, economiche e fisiche". In Albanesi C. Ricerca intervento e sviluppo di comunità, in Colucci F.P., Colombo M., Montali L. (a cura di) *La ricerca-intervento: prospettive e ambiti*, Bologna, Il Mulino, 2008, p. 197.

**Tabella 3.** Esposizioni differenti a fattori di rischio e interventi da prendere in considerazione

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p><b>Esposizioni diverse a condizioni ambientali non sicure</b> <span style="float: right; font-size: 2em; font-weight: bold;">1</span></p> <p><i>Per esempio: la popolazione che vive nei quartieri disagiati potrebbe essere maggiormente esposta ad “ambienti non sicuri”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• applicare la normativa che definisce quali devono essere gli standard minimi di sicurezza sul posto di lavoro, nelle abitazioni, sulle strade e nelle aree adibite alla ricreazione</li> <li>• attuare approcci di ingegneria ambientale (soft engineering), come le misure di separazione e di moderazione del traffico, per la prevenzione degli incidenti stradali</li> <li>• introdurre programmi di supporto genitoriale e investire nell'educazione della prima infanzia e in servizi per l'infanzia di qualità elevata</li> <li>• fornire degli incentivi ai gruppi meno abbienti per promuovere l'uso dei trasporti pubblici</li> <li>• introdurre misure dirette a tutta la popolazione per aumentare l'illuminazione degli spazi all'aperto, esterni alle abitazione, nelle aree deprivate (tunnel, parchi, strade)</li> </ul>
<p><b>Esposizioni diverse a pratiche non sicure</b> <span style="float: right; font-size: 2em; font-weight: bold;">2</span></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• garantire severe azioni di enforcement sulla legislazione che riguarda i principali fattori di rischio degli incidenti stradali (guida in stato di ebbrezza, eccesso di velocità, uso di cinture di sicurezza, sistemi di protezione per i bambini che viaggiano su un'auto, casco per motociclista), accompagnandole a campagne di marketing sociale incentrate sugli stessi fattori di rischio</li> <li>• rafforzare le politiche che limitano l'abuso di alcol</li> <li>• fornire programmi educativi e di visite domiciliari per aumentare l'adozione di pratiche sicure in ambiente domestico</li> </ul>
<p><b>Mancanza di supervisione / applicazione</b> <span style="float: right; font-size: 2em; font-weight: bold;">3</span></p> <p><i>Per esempio: i bambini che vivono nei quartieri disagiati potrebbero avere scarsa supervisione e controllo da parte dei genitori</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fornire programmi educativi e di visite domiciliari per migliorare la supervisione da parte dei genitori e aumentare l'adozione di pratiche sicure in ambiente domestico</li> <li>• attuare interventi indirizzati alla comunità per promuovere la coesione sociale</li> </ul>

### 03c. Vulnerabilità differenti

Rispetto agli incidenti non intenzionali, determinati fattori, a parità di esposizione, rendono alcuni gruppi più vulnerabili di altri. Le vulnerabilità che contribuiscono a creare disuguaglianze possono essere dovute a condizioni di disabilità che riducono la capacità di movimento, ma anche a comportamenti e pratiche non sicure o alla scarsità di dispositivi di sicurezza. Indirizzare gli interventi alle popolazioni più a rischio è una modalità comune con cui affrontare le vulnerabilità (Tabella 4): un esempio sono i programmi educativi che forniscono adeguate informazioni su quali sono e su come mettere in atto pratiche sicure, sull'installazione e l'uso appropriato dei dispositivi. Questi programmi spesso prevedono la distribuzione gratuita dei dispositivi di sicurezza (Box 3 e Box 4). La maggiore vulnerabilità a cui sono esposte le persone appartenenti ai gruppi più svantaggiati, non deriva esclusivamente da una carenza di conoscenze e da cattive pratiche riguardo la sicurezza, ma è anche dovuta alle barriere che ostacolano le pratiche sicure, come la mancanza di fondi per l'acquisto e la manutenzione dei dispositivi di sicurezza per i bambini.

**Tabella 4.** Vulnerabilità differenti e interventi da prendere in considerazione

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p><b>Costi elevati dei dispositivi di sicurezza</b></p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• introdurre politiche sui prezzi, per i dispositivi di sicurezza domestica e per i dispositivi e le attrezzature di sicurezza utili in caso di incidenti stradali</li> <li>• tenere conto di fattori come l'advocacy, il marketing sociale, la produzione a livello locale di dispositivi, la riduzione delle tariffe e l'introduzione dell'obbligo di uso dei dispositivi, al fine di stimolare la crescita del mercato</li> <li>• distribuire gratuitamente le apparecchiature di sicurezza tra i gruppi meno abbienti</li> <li>• implementare tipologie di prestiti per l'acquisto di dispositivi di protezione per bambini che viaggiano in auto e altre apparecchiature di sicurezza</li> </ul>
<p><b>Basso livello d'istruzione</b></p> <p>2</p> <p><i>Per esempio: le persone con livelli di istruzione più bassi potrebbero non essere in grado di leggere correttamente le avvertenze sulla sicurezza, o potrebbero avere meno opportunità di acquisire competenze in materia di sicurezza</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• migliorare la comprensibilità delle avvertenze sulla sicurezza, soprattutto per i gruppi con bassi livelli d'istruzione</li> <li>• offrire un addestramento appropriato e opportunità (accessibili economicamente a tutti), per acquisire competenze, per esempio imparare a nuotare o a guidare</li> <li>• migliorare i livelli di alfabetizzazione</li> </ul>
<p><b>Minore resilienza / sostegno per affrontare i fattori di stress</b></p> <p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• costruire reti di supporto sociale nelle aree svantaggiate, con gruppi di pari che siano da guida con il loro esempio</li> </ul>

## Determinanti delle disuguaglianze

### Maggiori tassi di co-morbidità in alcuni gruppi

4

*Per esempio: I gruppi più svantaggiati hanno maggiori probabilità di presentare molteplici fattori di rischio di malattie non trasmissibili e di avere condizioni di salute peggiori, rendendo più arduo proteggersi in caso di eventi dannosi*

## Interventi da attuare

- adottare un approccio globale per migliorare le condizioni di vita e il benessere sociale ed economico dei gruppi svantaggiati
- estendere le misure di prevenzione indirizzate alla popolazione (controllo dell'alcol, attività fisica) anche ad altre malattie non trasmissibili che possono essere evitate
- consentire a tutti l'accesso all'assistenza sanitaria di base, garantendo ai gruppi svantaggiati un supporto per accedere alle cure preventive

## BOX 3



### Francia: il counselling a domicilio e la fornitura gratuita di dispositivi di sicurezza aumentano i comportamenti sicuri tra i più poveri

Le famiglie meno abbienti sono più vulnerabili agli incidenti e dispongono di minori risorse economiche per la prevenzione. Uno studio condotto in Francia ha valutato l'efficacia della distribuzione gratuita di dispositivi di prevenzione (i rilevatori di fumo, gli adesivi per il telefono con il numero del centro controllo veleni, le coperture per le prese elettriche, i parasigoli per proteggere gli angoli dei tavoli e i tappetini antiscivolo nelle vasche da bagno), associata al counselling a domicilio. L'intervento, non solo ha permesso alle famiglie di modificare il proprio comportamento e di adottare nella propria casa adeguate misure di sicurezza, ma ha anche innescato un effetto moltiplicatore che ha prodotto ulteriori miglioramenti nel campo della sicurezza, non solo in relazione ai dispositivi forniti. In altre parole, un intervento sulla sicurezza ha accresciuto la consapevolezza e ha sensibilizzato rispetto al tema della sicurezza (42).

## BOX 4



### Gli incentivi associati a un'adeguata formazione aumentano l'uso di adattatori per sedili di autoveicoli nei bambini

Gli adattatori per sedili di autoveicoli sono progettati per essere utilizzati dai bambini di età compresa tra i 4 e gli 8 anni. Hanno la funzione di sollevare il bambino dal sedile del veicolo in modo che la cintura di sicurezza per adulti possa adattarsi correttamente e il bambino possa viaggiare più comodo e sicuro. Una revisione Cochrane ha dimostrato che la distribuzione gratuita di adattatori per sedili di autoveicoli, accompagnata ad un'adeguata formazione sul loro uso, ha avuto un rilevante effetto positivo. Altrettanto si può dire per la concessione di incentivi (per esempio buoni sconto per l'acquisto di adattatori per sedili di autoveicoli o di buoni premio). Mentre è aumentato l'uso di adattatori per sedili di autoveicoli, non sono però state fatte delle ricerche per valutare come e se varia nei diversi gruppi sociali, l'impatto sulla sicurezza (37).

### 03d. Risultati di salute differenti

Oltre alle differenti esposizioni e vulnerabilità, che espongono i gruppi ad un rischio più elevato di incidenti non intenzionali, vi sono diversi fattori correlati al sistema sanitario che possono portare alcuni gruppi a subire conseguenze di salute peggiori, in seguito ad un incidente.

Alcuni studi hanno dimostrato che numerosi decessi per incidente sono avvenuti in un contesto pre-ospedaliero, soprattutto nelle aree e tra le popolazioni a basso reddito. Politiche ed azioni efficaci per ridurre i diversi risultati di salute comprendono il miglioramento dei tempi di risposta del pronto soccorso traumatologico, così come il rafforzamento della disponibilità e dell'accesso alle cure post-trauma (43).

In Europa, sono state osservate delle differenze nel trattamento ricevuto all'interno del sistema sanitario, differenze fortemente condizionate da fattori socio-economici: questo è un elemento che può contribuire ulteriormente alle disuguaglianze nei risultati di salute.

Uniformare i risultati di salute dei più svantaggiati apporterebbe dei benefici su larga scala alle società, perché si eviterebbe la perdita di produttività. La Tabella 5 mostra le modalità con cui si creano risultati di salute differenti e gli interventi che dovrebbero essere presi in considerazione per contrastare le disuguaglianze che si vengono a creare.

### 03e. Conseguenze differenti

Le conseguenze degli incidenti sono durature nel tempo e diffuse: è il caso, per esempio dei disturbi post-traumatici da stress. Tra i più poveri, non è solo il rischio di incorrere in un evento dannoso ad essere più elevato, ma anche la gravità e le conseguenze a lungo termine di tale evento non sono distribuite in modo equo nelle società. Le persone che vivono in condizioni svantaggiate non hanno solo una maggiore probabilità di subire incidenti con risultati di salute sfavorevoli; patiscono anche le conseguenze più gravi, per la mancanza di misure di protezione sociale o per problemi di accesso ai servizi di riabilitazione, accesso che o è limitato o addirittura nullo. Le conseguenze socio-economiche possono comprendere, per esempio, la disabilità permanente e un peggioramento delle condizioni di povertà della famiglia. Per i bambini gravemente feriti provenienti dalle famiglie più povere, le conseguenze possono includere ritardi e perdita di opportunità nel campo dell'istruzione e possono condurre infine all'emarginazione e alla mancanza di un supporto da parte dei pari. La Tabella 6 descrive in modo dettagliato i determinanti delle disuguaglianze e gli interventi da prendere in considerazione per contrastarle.

Tabella 5. Risultati di salute differenti e interventi da prendere in considerazione

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p><b>Costo di accesso alle cure</b></p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fornire servizi sanitari per tutti</li> <li>• rimuovere le barriere economiche per chi non può pagare (tasse, costi di trasporto, assistenza all'infanzia fornita ai genitori)</li> </ul>
<p><b>Barriere non economiche di accesso alle cure</b></p> <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rivedere il periodo del percorso di cura per garantire migliori collegamenti tra servizi sanitari e servizi sociali ai pazienti che, dopo la dimissione, sono più a rischio di risultati di salute negativi</li> <li>• semplificare i criteri di idoneità e sostenere chi è privo di documento d'identità</li> </ul>
<p><b>Trattamento differente all'interno del sistema sanitario</b></p> <p>3</p> <p><i>Per esempio: la copertura assicurativa è un importante fattore predittivo dei ricoveri ospedalieri e del ricorso a cure post-ospedaliere specializzate</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fornire un'adeguata formazione ai medici che si occupano dell'assistenza primaria e aumentare la consapevolezza che gli incidenti non intenzionali sono ripartiti in base ai fattori socio-economici</li> <li>• individuare i gruppi ad alto rischio e gli individui che hanno subito ripetuti eventi dannosi</li> <li>• monitorare l'equità e l'efficacia nella fornitura dei servizi.</li> <li>• effettuare un follow up in seguito ad eventi dannosi, soprattutto nei gruppi più svantaggiati</li> </ul>
<p><b>Gruppi con situazioni di co-morbidity più elevate</b></p> <p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• migliorare l'accesso alle cure primarie per i gruppi svantaggiati o indigenti</li> <li>• affrontare le cause dell'esclusione sociale, del basso livello di empowerment, dello scarso livello d'istruzione, del basso reddito e delle condizioni di vita degradate: tutti fattori che contribuiscono ad impoverire le condizioni generali di salute nei gruppi meno abbienti</li> </ul>

## BOX 5



### Vision Zero in Svezia: un esempio di un approccio multisetoriale di successo

“Non potrà mai essere eticamente accettabile che le persone vengano uccise o subiscano gravi lesioni mentre si spostano all'interno della rete stradale”. Con questo slogan il Parlamento svedese ha adottato l'approccio Vision Zero, che ha rappresentato un cambiamento paradigmatico nell'affrontare il problema della sicurezza stradale. Secondo Vision Zero, gli incidenti nel settore dei trasporti avverranno sempre a causa dell'errore umano; tuttavia, nessun incidente dovrebbe superare la tolleranza umana all'impatto fisico. Nel sistema stradale la responsabilità degli incidenti è da ascrivere al fallimento del sistema, piuttosto che all'utente della strada. Vision Zero esige un approccio sistematico basato su quattro elementi: etica, responsabilità, una filosofia della sicurezza e la creazione di meccanismi per il cambiamento. Vision Zero è applicato attualmente in molti paesi e viene considerato come uno strumento di sicurezza per tutti, possibile per qualsiasi tipo di sistema di trasporto e in qualsiasi fase di sviluppo (44).

**Tabella 6.** Conseguenze differenti degli incidenti non intenzionali e interventi da prendere in considerazione

Determinanti delle disuguaglianze	Interventi da attuare
<p><b>Impoverimento per le famiglie che percepiscono un reddito più basso, derivante da una riduzione del reddito</b></p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• implementare adeguate politiche di protezione sociale, comprese educazione di alta qualità per la prima infanzia, istruzione e assistenza sanitaria gratuite per tutti</li></ul>
<p><b>Norme culturali, stigma</b></p> <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• implementare programmi per reinserire le vittime di incidenti non intenzionali nel mercato del lavoro e nella società</li><li>• implementare politiche multisettoriali concertate, come per esempio Vision Zero (Box 5), per ridurre le gravi conseguenze</li><li>• obbligo di allarmi antincendio e attrezzature antincendio per le case popolari</li></ul>
<p><b>Spese a carico della persona</b></p> <p>3</p> <p><i>Per esempio: i costi dell'assistenza sanitaria possono comportare spese disastrose per le famiglie e possono a loro volta condurle sulla soglia della povertà.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• assicurare politiche di finanziamento della sanità riduce le disastrose spese sanitarie</li><li>• fornire un aiuto finanziario a quelle persone che non sono coperte dall'assicurazione sanitaria</li></ul>
<p><b>I giovani adulti svantaggiati, quando abusano di alcol, hanno maggiore probabilità di venire feriti o uccisi rispetto agli adulti più anziani, probabilmente perché più propensi al rischio.</b></p> <p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• aumentare il prezzo dell'alcol per indurre i giovani a bere meno</li></ul>

# RACCOMANDAZIONI CHIAVE PER LE POLITICHE

---



- un approccio multidisciplinare per ridurre le disuguaglianze nel caso di incidenti non intenzionali esige azioni con un impatto a breve e lungo termine e auspica la conoscenza dei determinanti sociali delle disuguaglianze, che agiscono sia a livello individuale che ambientale
  - gli incidenti non intenzionali non sono eventi accidentali, ma prevedibili e prevenibili. Esistono politiche efficaci nel diminuire il carico degli incidenti e queste politiche sono anche efficienti nel rapporto costo-benefici
  - politiche orientate alla sicurezza per tutti, come gli interventi legislativi, i regolamenti, o i programmi di comunità perseguono l'obiettivo di ridurre l'esposizione ai rischi presenti nell'ambiente domestico, sul luogo di lavoro e sui mezzi di trasporto
  - i gruppi più a rischio di incidenti hanno bisogno di interventi mirati. Questi interventi dovrebbero tenere in considerazione i diversi processi e meccanismi di un incidente, fattori che possono non essere gli stessi in ogni classe sociale o in ogni luogo
  - ogni politica o intervento di contrasto agli incidenti non intenzionali dovrebbe includere la dimensione dell'equità e prevedere una valutazione che esamina il raggiungimento dell'effetto desiderato in ogni gruppo sociale
  - nel sistema sanitario, differenti tipi di accesso e di trattamento, in caso di incidente, contribuiscono ad aumentare le disuguaglianze. Azioni indirizzate a favorire l'accessibilità e l'economicità delle cure e della riabilitazione possono ridurre i differenti risultati di salute
  - ad ogni individuo dovrebbe essere concessa la stessa opportunità di proteggere la propria salute. Dispositivi di sicurezza come sistemi di protezione per i bambini che viaggiano su un'auto, rilevatori di fumo e cancelletti di sicurezza per le scale dovrebbero essere accessibili a tutti, a prescindere dalla disponibilità economica
  - è auspicabile implementare una riabilitazione e programmi di supporto globali, soprattutto per favorire gli individui più svantaggiati. Tali programmi dovrebbero includere azioni multisettoriali indirizzate agli aspetti sanitari, sociali e lavorativi (senza trascurare quelli di genere)
-

## Checklist: ci stiamo muovendo nella giusta direzione?

1. Misurate periodicamente il carico di incidenti non intenzionali, tenendo conto dei gruppi socio-economici (per esempio genere, etnia, livello d'istruzione)?
2. Avete implementato strategie di "sicurezza per tutti", come interventi legislativi e di enforcement, riguardo ai fattori di rischio degli incidenti stradali o ai requisiti di sicurezza degli elettrodomestici e di altre attrezzature di casa?
3. Avete individuato quali sono i gruppi più a rischio per ogni categoria di incidente e avete dato loro la priorità nelle vostre strategie e nei vostri piani?
4. Valutate periodicamente l'impatto in termini di equità dei piani e delle politiche sugli incidenti, prima della loro implementazione?
5. I gruppi più emarginati della società possono partecipare, in modo significativo, ai processi decisionali inerenti le politiche di prevenzione degli incidenti?
6. Avete in atto solide politiche, con i seguenti obiettivi specifici? 
  - definire gli standard di sicurezza per gli edifici, i luoghi pubblici, le aree adibite alla ricreazione e così via
  - condurre regolarmente audit sulla sicurezza delle strade esistenti e delle nuove strade
  - aumentare la disponibilità e l'economicità dei dispositivi di sicurezza
  - migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria fra i gruppi meno abbienti della società
  - ridurre le conseguenze dannose degli incidenti nei gruppi vulnerabili
  - proteggere gli utenti della strada più vulnerabili, come i pedoni, i ciclisti e i motociclisti
7. Avete in atto politiche efficaci per affrontare i principali determinanti sociali degli incidenti non intenzionali? Tali misure dovrebbero comprendere: 
  - protezione sociale, soprattutto per le famiglie con bambini e per i disoccupati
  - educazione della prima infanzia e supporto genitoriale di qualità elevata
  - politiche per ridurre l'esclusione sociale
  - miglioramento delle condizioni lavorative psico-sociali per i lavoratori a basso reddito
8. Valutate l'impatto degli incidenti non intenzionali sui diversi gruppi sociali?
9. Avete definito degli obiettivi per ridurre gli incidenti non intenzionali nei diversi gruppi sociali?
10. Esistono una leadership e una responsabilità chiare per la riduzione delle disuguaglianze in caso di incidenti non intenzionali?

## Gli incidenti non intenzionali in Europa

- European facts and “Global status report on road safety 2013” (11).
- European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport choices (45).
- World report on road traffic injury prevention (46).
- European report on child injury prevention (12).
- Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation (47).

## Politiche per contrastare gli incidenti non intenzionali

- Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011–2020 (6).
- Youth and road safety in Europe. Policy briefing (48).
- Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing (3).
- Child and adolescent injury prevention: a WHO plan of action 2006–2015 (49).
- A WHO plan for burn prevention and care (50).
- Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners (51).
- Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health (52).
- European inventory of national policies for the prevention of violence and injuries. WHO Regional Office for Europe online database to facilitate national monitoring and reporting (53).
- Evidence for gender responsive actions to prevent and manage injuries and substance abuse. Young people’s health as a whole-of-society response (54).

## Azioni per ridurre le disuguaglianze di salute intervenendo sui DSS

- Equity, social determinants of health and public health programmes (35).
- Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (55).
- Strategic review of health inequalities in England post-2010 (Marmot Review). Task group 8: priority public health conditions. Final report (56).
- Resource of health system actions on socially determined health inequalities. WHO Regional Office for Europe online database (57).
- Action:SDH. A global electronic discussion platform and clearing house of actions to improve health equity through addressing the SDH (58).
- European Portal for Action on Health Inequalities. An Equity Action partnership information resource on health equity and SDH in Europe, including a database of policy initiatives (59).

## Strumenti di valutazione delle politiche per l'equità

- Health inequalities impact assessment. An approach to fair and effective policy making. Guidance, tools and templates (60).
- Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities (61).
- Tools and approaches for assessing and supporting public health action on the social determinants of health and health equity (62).

## Disaggregazione dei dati e strumenti

- Equity in Health project interactive atlases. WHO Regional Office for Europe online resource (63).

1. Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O, editors.  
**Injury \surveillance guidelines.** Geneva: World Health Organization; 2004  
(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241591331.pdf> ultimo accesso 4 dicembre 2013).
2. Davis RM, Pless B. **BMJ bans “accidents”. Accidents are not unpredictable.**  
BMJ. 2001;322:1320.
3. Laflamme L, Sethi D, Burrows S, Hasselberg M, Racioppi F, Apfel F.  
**Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing.**  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009  
([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/96457/E92197.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96457/E92197.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
4. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions  
**Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU (SEC(2009) 1396) (SEC(2009) 1397).**  
Brussels: European Commission; 2009 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
5. White paper. **Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013.**  
Brussels: European Commission; 2007 (COM(2007) 630 final) ([http://ec.europa.eu/health-eu/doc/white-paper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/white-paper_en.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
6. **Global plan for the decade of action for road safety 2011–2020.**  
Geneva: World Health Organization; 2011  
([http://www.who.int/roadsafety/decade\\_of\\_action/plan/plan\\_english.pdf?va=1/](http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/plan_english.pdf?va=1/) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
7. Dahlgren G, Whitehead M.  
**European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2.**  
Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
8. **Injuries in Europe: a call for public health action.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/252569/Injuries-in-WHO-European-Region-A-call-for-public-health-action-Eng-revised.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/252569/Injuries-in-WHO-European-Region-A-call-for-public-health-action-Eng-revised.pdf?ua=1) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
9. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P.  
**Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done.**  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98762/E88037.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
10. Sethi D, Racioppi F, Bertollini R.  
**Preventing the leading cause of death in young people in Europe.**  
J Epidemiol Community Health 2007;61(10):842–843.

11. Mitis F, Sethi D. **European facts and “Global status report on road safety 2013”**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/185572/e96811.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185572/e96811.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
12. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. **European report on child injury prevention**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/83757/E92049.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
13. Rogmans W. **Home and leisure accidents in young persons under 25 years of age in the European Union: challenges for tomorrow**. Santé Publique 2000;12:283–298.
14. Borrell C, Plasencia A, Huisman M, Costa G, Kunst A, Andersen O et al. **Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings**. Inj Prev. 2005 Jun;11(3):138–142.
15. Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. **Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/111036/E91823.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
16. Laflamme L. **Explaining socioeconomic differences in injury risks**. Int J Inj Contr Saf Promot. 2001;8:149–153.
17. Laflamme L, Hasselberg M, Burrows S. **20 years of research on socioeconomic inequality and children’s unintentional injuries – understanding the cause-specific evidence at hand**. Int J Pediatr. 2010 Jul;2010:819687.
18. Roberts I, Green J, Lutchmun S. **Deaths from injury in children and employment status in family: analysis of trends in class specific death rates**. BMJ. 2006 Jul;333(7559):119.
19. Willson AE. **“Fundamental causes” of health disparities: a comparative analysis of Canada and the United States**. Int Sociol. 2009;24(1):93–113.
20. **Preventing unintentional injuries among the under-15s in the home**. NICE public health guidance 30. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010 (<http://publications.nice.org.uk/preventing-unintentional-injuries-among-the-under-15s-in-thehome-ph30> ultimo accesso 4 dicembre 2013).
21. Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A et al. **Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention**. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24(1):CD005014.
22. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. **The social basis of disparities in health**. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen A, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequalities in health: from ethics to action. New York (NY): Oxford University Press; 2001:12–23.

23. Whitehead M, Dahlgren G. **Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/leveling\\_up\\_part1.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
24. Mulvaney C, Kendrick D. **Engagement in safety practices to prevent home injuries in preschool children among white and non-white ethnic minority families.** *Inj Prev.* 2004;10(6):375–378.
25. O’Dowd A. **Fight to tackle unhealthy lifestyles has widened gap in health inequalities.** *BMJ.* 2012;345:e5707–e5707.
26. White M, Adams J, Heywood P. **How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations?** In: Babones S, editor. *Social inequality and public health.* Bristol: The Policy Press; 2009:65–82.
27. Jones SJ, Lyons A, John A, Palmer SR. **Traffic calming policy can reduce inequalities in child pedestrian injuries: database study.** *Inj Prev.* 2005;11:152–156.
28. Haddon W. **The basic strategies for preventing damage from hazards of all kinds.** *Hazard Prev.* 1980;16:8–11.
29. Kendrick D, Royal S. **Cycle helmet ownership and use; a cluster randomised controlled trial in primary school children in deprived areas.** *Arch Dis Child.* 2004;89(4):330–335.
30. Kendrick D, Marsh P. **How useful are sociodemographic characteristics in identifying children at risk of unintentional injury?** *Public Health* 2001 Mar;115(2):103–107.
31. Parkin PC, Khambalia A, Kmet L, Macarthur C. **Influence of socioeconomic status on the effectiveness of bicycle helmet legislation for children: a prospective observational study.** *Pediatrics* 2003;112:192–196.
32. Kendrick D, Mulvaney C, Watson M. **Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices?** *Health Educ Res.* 2009;24(1):32–41.
33. DiGuseppi C, Roberts I, Wade A, Sculpher M, Edwards CG, Pan H et al. **Incidence of fires and related injuries after giving out free smoke alarms: cluster randomised controlled trial.** *BMJ.* 2002; 325:995–998.
34. Farley C, Laflamme L, Vaez M. **Bicycle helmet campaigns and head injuries among children. Does poverty matter?** *J Epidemiol Community Health* 2003;57(9):668–672.
35. Blas E, Kurup A, editors. **Equity, social determinants and public health Programmes.** Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).

36. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al.  
**Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses.** *BMJ.* 2013;346:f403.
37. Ehiri JE, Ejere HO, Magnussen L, Emusu D, King W, Osberg JS.  
**Interventions for promoting booster seat use in 4–8 year olds traveling in motor vehicles.** *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD004334.
38. Towner EM, Jarvis SN, Walsh SS, Aynsley-Green A.  
**Measuring exposure to injury risk in schoolchildren aged 11–14.** *BMJ.* 1994;308(6926):449–452.
39. Dowswell T, Towner E.  
**Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review.** *Health Educ Res.* 2002;17(2):221–237.
40. Zambon F, Sethi D, Orlov S, Polurotov P, Peden M.  
**Understanding for changing: how to design successful social marketing campaigns targeting unsafe behaviours. The experience of the “road safety in 10 country” project, Russia.** *Inj Prev.* 2012;18: Suppl.1:A217–A218.
41. Ma S, Tran N, Klyavin VE, Zambon F, Hatcher KW, Hyder AA.  
**Seat belt and child seat use in Lipetskaya oblast, Russia: frequencies, attitudes, and perceptions.** *Traffic Inj Prev.* 2012;13 Suppl.1:76–81.
42. Sznajder M, Leduc S, Janvrin MP, Bonnin MH, Aegerter P, Baudier F et al.  
**Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities: a controlled randomized trial.** *Inj Prev.* 2003;9(3):261–265.
43. Sacks GD, Hill C, Rogers SO Jr.  
**Insurance status and hospital discharge disposition after trauma: inequities in access to postacute care.** *J Trauma* 2011 Oct;71(4):1011–1015.
44. Tingvall C, Haworth N.  
**Vision zero: an ethical approach to safety and mobility.**  
Paper presented to the 6th Institute of Transport Engineers International Conference on Road Safety and Traffic Enforcement: beyond 2000. Melbourne: 6–7 September 1999.
45. **European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport choices.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (<http://www.euro.who.int/document/e92789.pdf> ultimo accesso 4 dicembre 2013).
46. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E et al.  
**World report on road traffic injury prevention.** Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf> ultimo accesso 4 dicembre 2013).

47. Sethi D, Mitis F, Racioppi F.  
**Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation.**  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/96455/E93567.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96455/E93567.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
48. Sethi D, Racioppi F, Mitis F. **Youth and road safety in Europe. Policy briefing.**  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98454/E90142.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98454/E90142.pdf) ultimo accesso dicembre 2013).
49. Scott I, Peden M, Krug E, Hesemans L, Branche C, Fathey El-Sayed H et al.  
**Child and adolescent injury prevention: a WHO plan of action 2006–2015.**  
Geneva: World Health Organization; 2006 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593385\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593385_eng.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
50. Mock C, Peck M, Peden M, Krug E, Ahuja R, Albertyn H et al.  
**A WHO plan for burn prevention and care.** Geneva: World Health Organization; 2008  
([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596299_eng.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
51. Schopper D, Lormand J-D, Waxweiler R, editors.  
**Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners.** Geneva: World Health Organization; 2006 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/39919\\_oms\\_br\\_2.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
52. Kellerman GR, editor.  
**Preventing injuries and violence. A guide for ministries of health.**  
Geneva: World Health Organization; 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595254\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595254_eng.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
53. **European inventory of national policies for the prevention of violence and injuries [online database].** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013  
(<http://data.euro.who.int/injuryprevention/> ultimo accesso 4 dicembre 2013).
54. **Evidence for gender responsive actions to prevent and manage injuries and substance abuse. Young people's health as a whole-of-society response.**  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/158081/316637\\_WHO\\_brochure\\_226x226\\_8.9-SubAbuse.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/158081/316637_WHO_brochure_226x226_8.9-SubAbuse.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
55. **Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report.** Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
56. Bamba C, Joyce K, Maryon-Davis A.  
**Strategic review of health inequalities in England post-2010 (Marmot Review). Task group 8: priority public health conditions. Final report.** London: University College London; 2009  
(<http://dro.dur.ac.uk/6396/2/6396R.pdf?DDD14+dhs1kj> ultimo accesso 4 dicembre 2013).

- 57. Resource of health system actions on socially determined health inequalities [online database].**  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://data.euro.who.int/equity/hidb/Resources/List.aspx> ultimo accesso 4 dicembre 2013).
- 58. Action:SDH [website].**  
Geneva: World Health Organization; 2010  
(<http://www.actionsdh.org/> ultimo accesso 4 dicembre 2013).
- 59. European portal for action on health inequalities [website].**  
Brussels: EuroHealthNet and Equity Action; 2013  
(<http://www.health-inequalities.eu> ultimo accesso 2013).
- 60. Health inequalities impact assessment. An approach to fair and effective policy making. Guidance, tools and templates.**  
Edinburgh: NHS Health Scotland; 2011 (<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/17227-0%20HIIA%20-%20GUIDANCE.pdf> ultimo accesso 4 dicembre 2013).
- 61. Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities. Version 1.** Madrid: Ministry of Health, Social Services and Equality; 2012  
([http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent\\_Guia2012/docs/Methodological\\_Guide\\_Equity\\_SPAs.pdf](http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
- 62.** Mendell A, Dyck L, Ndumbe-Eyoh S, Morrison V.  
**Tools and approaches for assessing and supporting public health action on the social determinants of health and health equity.**  
Montréal: National Collaborating Centre for Determinants of Health (NCCDH) and National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (NCCHPP); 2012  
([www.ncchpp.ca/docs/Equity\\_Tools\\_NCCDH-NCCHPP.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/Equity_Tools_NCCDH-NCCHPP.pdf) ultimo accesso 4 dicembre 2013).
- 63. Interactive atlases [website].**  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases> ultimo accesso 4 dicembre 2013).

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - ASL TO3  
Via Sabaudia 164, 10095, Grugliasco (TO) - Tel. 01140188210-502 - FAX 01140188501  
info@dors.it