

# Infortunati domestici in Trentino

Analisi epidemiologica, percezione  
del rischio e strategie di prevenzione

a cura della **Fondazione Franco Demarchi**



## Indice

<b>1. Introduzione: Un Problema di Salute Pubblica Sottovalutato</b>	<b>3</b>
<b>2. Analisi Quantitativa (Desk Analysis): Uno Sguardo Comparativo</b>	<b>4</b>
2.1. Il Contesto Europeo	4
2.2. Il Contesto Nazionale (Italia)	4
2.3. Il Contesto Locale (Provincia autonoma di Trento)	4
<b>3. Approfondimento Qualitativo: Dalla Statistica al Vissuto</b>	<b>6</b>
3.1. Metodologia e Campione	6
<b>4. Analisi delle Interviste: Percezioni, Comportamenti e Bisogni</b>	<b>7</b>
4.1. Target Anziani (Over 60)	7
4.2. Target famiglie (con bambini under 14)	7
4.3. Target giovani adulti (20-45 anni)	7
<b>5. Sintesi Comparativa dei Target: Percezioni e Bisogni a Confronto</b>	<b>9</b>
<b>6. Raccomandazioni Operative per la Prevenzione</b>	<b>11</b>
<b>7. Conclusioni: Un Impegno Collettivo per Case Più Sicure</b>	<b>12</b>



## Accidenti! La sicurezza domestica in Trentino

Il progetto "Accidenti!" affronta il fenomeno degli incidenti domestici, che in Italia colpisce ogni anno milioni di persone. L'iniziativa, le cui attività sono gestite dalla Fondazione Franco Demarchi, si inserisce nel più ampio progetto *"Buon Lavoro! Piano di promozione e prevenzione della salute e della sicurezza sul lavoro in Trentino"*, promosso dalla Provincia autonoma di Trento.

**SICUREZZA  
DOMESTICA**  
Scopri le maggiori  
cause di incidente



[lasicurezzadomestica@fdemarchi.it](mailto:lasicurezzadomestica@fdemarchi.it)

## 1. Introduzione: un problema di salute pubblica sottovalutato

La **sicurezza negli ambienti domestici** rappresenta un aspetto cruciale della salute pubblica, un dominio della vita quotidiana che, pur essendo percepito come un rifugio, **cela rischi significativi spesso sottovalutati** rispetto a contesti più normati come quello lavorativo o stradale. **Gli incidenti che avvengono tra le mura di casa e durante le attività ricreative costituiscono una delle principali cause di lesioni, disabilità e mortalità**, con un impatto profondo sulla qualità della vita delle persone e un onere considerevole per i sistemi sanitari e sociali.

Secondo la definizione dell'INAIL, gli **"Infortuni domestici e nel tempo libero" (Home and Leisure Accidents - HLA)** sono definiti come eventi accidentali, improvvisi e involontari, che avvengono all'interno di abitazioni o in altri contesti domestici e ricreativi, causando conseguenze temporanee o permanenti sulla salute degli individui (INAIL, 2025). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Unione Europea hanno ripetutamente richiamato l'attenzione sulla necessità di affrontare questa problematica, sollecitando lo sviluppo di piani d'azione nazionali, l'implementazione di sistemi di sorveglianza uniformi e il finanziamento di strategie preventive basate sull'evidenza. Ciononostante, il fenomeno rimane in parte sommerso, penalizzato da una percezione del rischio generalmente bassa e dalla mancanza di un monitoraggio sistematico.

L'analisi epidemiologica rivela che il peso di questi incidenti non è distribuito uniformemente, ma colpisce con particolare severità i gruppi di popolazione più vulnerabili, in primis i **bambini** in età prescolare e le **persone anziane**. L'interazione tra fragilità fisica, fasi dello sviluppo cognitivo-motorio e caratteristiche strutturali dell'ambiente domestico crea una combinazione di fattori che amplifica il rischio in queste fasce d'età.

L'obiettivo del presente report è analizzare in profondità il fenomeno nella Provincia autonoma di Trento, adottando un approccio integrato che combina l'analisi quantitativa dei dati epidemiologici con un'indagine qualitativa sulla percezione del rischio.

Questa duplice prospettiva permette di non limitarsi a descrivere l'incidenza degli eventi, ma di comprenderne le cause profonde, le dinamiche comportamentali e le barriere cognitive che ne ostacolano la prevenzione, al fine di **proporre strategie di intervento mirate ed efficaci**.

La ricerca si articola a partire da un inquadramento comparativo del fenomeno, confrontando i dati locali con i trend nazionali ed europei per contestualizzare la situazione trentina in un orizzonte più ampio.

Il report che segue è una sintesi ponderata della ricerca completa.

## 2. Analisi quantitativa (Desk Analysis): uno sguardo comparativo

Per comprendere appieno la portata e le specificità degli infortuni domestici nel contesto trentino, è indispensabile **adottare un'analisi epidemiologica multi-livello**. Confrontare i dati locali con i trend europei e nazionali non è un mero esercizio statistico, ma una scelta metodologica strategica. Questo approccio permette di contestualizzare il fenomeno, identificare i pattern di rischio comuni, far emergere le peculiarità del territorio e stabilire benchmark di riferimento. L'analisi comparativa dei dati quantitativi costituisce, pertanto, il fondamento per una diagnosi accurata del problema e per l'orientamento di politiche di prevenzione basate sull'evidenza.

### 2.1. Il contesto europeo

I dati aggregati a livello europeo, provenienti da fonti come l'Injury Database (IDB) e Eurostat, offrono una visione d'insieme che evidenzia la pervasività del fenomeno degli infortuni domestici e nel tempo libero (HLA).

**Incidenza:** gli HLA rappresentano la stragrande maggioranza degli infortuni che richiedono assistenza medica e, nel loro complesso, rappresentano la quarta causa di morte. Si stima che costituiscano il 65% degli accessi ai dipartimenti di emergenza per infortunio, superando ampiamente gli incidenti stradali (9%) e quelli sul lavoro (8%). Questo dato da solo testimonia come l'ambiente domestico e ricreativo sia, statisticamente, il luogo più a rischio per la sicurezza individuale.

**Mortalità:** l'analisi della mortalità rivela un paradosso epidemiologico cruciale. Sebbene la letalità per singolo evento HLA sia relativamente bassa, l'altissima frequenza di questi incidenti fa sì che essi rappresentino la principale causa di morte per infortunio (49%) a livello aggregato. In altre parole, pur essendo meno letali di altre tipologie di trauma, il loro numero li rende il fattore di mortalità più significativo nel complesso degli infortuni.

**Cause:** la disaggregazione delle cause evidenzia il ruolo preponderante dell'ambiente fisico. Gli oggetti e le strutture più frequentemente coinvolti sono infatti edifici e componenti edilizi (es. pavimenti, scale, finestre per circa il 40%).

**Distribuzione demografica:** il rischio non è distribuito uniformemente tra la popolazione, ma segue un andamento a "U" rispetto all'età, con picchi di incidenza nei bambini tra 0 e 4 anni e negli anziani over 70. L'analisi della mortalità accentua ulteriormente questa disparità: la popolazione anziana (over 65), pur subendo il 21% degli incidenti, rappresenta il 59% di tutti i decessi per infortunio, a testimonianza di una vulnerabilità e di una severità degli esiti marcatamente superiori. Per quanto riguarda il genere, si registra una leggera prevalen-

za di infortuni tra gli uomini (56%) rispetto alle donne (44%), ma con una letalità per singolo evento pressoché identica tra i due sessi.

### 2.2. Il contesto nazionale (Italia)

Il quadro italiano, delineato principalmente dai dati ISTAT e dal sistema di sorveglianza SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione), conferma i trend europei, aggiungendo dettagli specifici sulle dinamiche e sugli ambienti a rischio nel nostro Paese.

**Incidenza e categorie a rischio:** le stime più recenti indicano mediamente **3,2 milioni di incidenti domestici all'anno** in Italia. Le categorie più vulnerabili anche in questo caso sono gli anziani e i bambini, con le casalinghe che presentano un rischio più che doppio rispetto alla media della popolazione a causa del maggior tempo trascorso in ambiente domestico.

**Cause e ambienti per genere:** l'analisi disaggregata per genere rivela pattern di rischio distinti, che riflettono una diversa frequentazione degli spazi e una differente tipologia di attività svolte.

- **Uomini:** le principali cause sono legate a elementi strutturali e attività di manutenzione. **Cause principali:** pavimento (13%), scale fisse (9%), coltelli (8%), attrezzi da lavoro o giardino (7%). **Ambienti a rischio:** cucina (27%), balcone/terrazzo/giardino (14%), soggiorno (13%).
- **Donne:** i rischi sono maggiormente concentrati nell'ambiente cucina e durante le attività domestiche. **Cause principali:** pavimento (24%), scale fisse (13%), coltelli (8%), pentolame (4%). **Ambienti a rischio:** cucina (43%), bagno (12%), camera da letto (9%).

**Prodotti coinvolti:** secondo dati ISTAT riportati in una analisi del 2018, i prodotti più frequentemente implicati negli incidenti domestici evidenziano il rischio legato a intossicazioni e ingestioni accidentali. I farmaci risultano al primo posto (32,1%), seguiti dai prodotti per la pulizia della casa (27,6%).

**Trend per età e regione:** l'analisi del trend decennale (2014-2023) mostra una maggiore incidenza di infortuni nelle fasce d'età superiori ai 45 anni, con un picco costante e significativo nella popolazione over 80. A livello geografico, la Lombardia si conferma la regione con il maggior numero assoluto di incidenti, un dato che riflette in parte la sua densità demografica.

### 2.3. Il contesto locale (Provincia autonoma di Trento)

L'analisi dei dati della Provincia autonoma di Trento, elaborati dall'Osservatorio Epidemiologico dell'APSS, descrive il fenomeno evidenziandone dimensioni, distribuzione per età e impatto sui servizi sanitari.

**Accessi al Pronto Soccorso (PS).** Nel 2024 si registrano 4.739 accessi per incidente domestico tra i residenti (+8% rispetto al 2023: 4.398), pari a circa il 2% degli accessi complessivi e all'8% degli accessi per trauma (circa 13 al giorno). Prevalgono i codici verdi (55%) e azzurri (27%), con arancioni (12%) e rossi (1%). L'83% degli accessi si conclude con dimissione a domicilio; il 7% comporta ricovero, con un rischio crescente per età (1% 0-14; 2% 15-69; 16% over 70). La distribuzione per età è concentrata nella prima infanzia e negli anziani, con dinamiche prevalentemente legate a cadute nelle fasce più giovani e più anziane e a cadute/urti/schiacciamenti in età adulta.

**Ricoveri ospedalieri.** Nel 2024 si osservano 625 ricoveri (circa 2 al giorno), pari a circa l'1% dei ricoveri complessivi e al 18% dei ricoveri per trauma. I tassi aumentano dopo i 50 anni e crescono marcatamente nelle età anziane, con prevalenza femminile nei ricoveri complessivi.

**Percezione del rischio e prevenzione (PASSI; PASSI d'Argento).** PASSI 2023-2024 indica che per il 95% degli adulti (18-69 anni) il rischio di infortunio domestico è percepito come assente o basso e solo l'11% dichiara di aver ricevuto informazioni preventive. PASSI d'Argento 2023-2024 evidenzia che il 22% degli anziani è caduto negli ultimi 12 mesi, che il 55% delle cadute avviene in casa, che il 31% riferisce paura di cadere e che soltanto l'8% dichiara di aver ricevuto consigli da medico/operatori per prevenire le cadute. Nel complesso, emerge un gap informativo e culturale che rende prioritario rafforzare interventi preventivi mirati, in particolare per le fasce più vulnerabili.

**Sintesi.** Anche in presenza di tassi relativamente contenuti, l'andamento recente e il quadro demografico locale indicano la necessità di consolidare la prevenzione. Per comprendere determinanti e comportamenti a rischio, la lettura epidemiologica viene integrata con un'analisi qualitativa delle percezioni e delle pratiche quotidiane.



In Europa il  
**49%**  
delle morti per  
infortunio sono di tipo  
domestico

In Italia  
**3.2mln**  
di incidenti domestici si  
verificano ogni anno

In Trentino  
**84anni**  
è l'età media dei deceduti  
a seguito di un incidente  
domestico

### 3. Approfondimento qualitativo: dalla statistica al vissuto

A fronte di dati epidemiologici chiari che delineano l'incidenza e la distribuzione degli infortuni domestici, sorge una domanda cruciale: **perché, nonostante la frequenza e la potenziale gravità di questi eventi, la percezione del rischio rimane così bassa?** Per rispondere a questo interrogativo, è stato necessario superare l'analisi quantitativa e addentrarsi nel dominio del "fattore umano". L'approfondimento qualitativo è stato progettato per esplorare le percezioni soggettive, le esperienze vissute, le motivazioni e le barriere che influenzano i comportamenti di sicurezza. In un contesto come quello trentino, dove mancavano dati specifici sulla percezione del rischio, questa indagine si è rivelata uno strumento indispensabile per dare voce alle persone e comprendere le complesse dinamiche psicologiche e culturali che mediano il rapporto tra il rischio oggettivo e la sua rappresentazione soggettiva.

#### 3.1. Metodologia e campione

Per esplorare in profondità il vissuto dei cittadini, è stata scelta una metodologia qualitativa basata sull'**intervista discorsiva**. Questo approccio si distingue per la sua flessibilità: a differenza di un questionario rigido, l'intervista discorsiva **si sviluppa come una conversa-**

**zione guidata da una traccia tematica**, permettendo all'intervistato di esprimersi liberamente e di approfondire gli aspetti ritenuti più significativi. Tale metodologia è ideale per far emergere non solo opinioni, ma anche significati, valori ed esperienze personali, superando risposte preconfezionate e accedendo a un livello di comprensione più autentico.

Il campione della ricerca è stato costruito con una ripartizione a fini analitici, e ha coinvolto **50 persone residenti in Trentino**, reclutate tra settembre e ottobre 2025. La selezione è stata guidata dalle evidenze epidemiologiche emerse dall'analisi quantitativa, con l'obiettivo di intercettare i gruppi di popolazione strategicamente più rilevanti.

Questo approccio mirato ha permesso di interpretare la profonda discrepanza tra il rischio oggettivo documentato dalle statistiche e il rischio soggettivamente percepito, fornendo elementi chiave per la progettazione di interventi di prevenzione realmente efficaci e in sintonia con il vissuto dei destinatari.

Il campione è stato così suddiviso:



#### 20 persone anziane (over 60):

identificate come la fascia di popolazione a più alto rischio di esiti gravi e mortali.



#### 10 famiglie con bambini (under 14):

scelte per esplorare le dinamiche preventive in un contesto di responsabilità genitoriale, data l'elevata incidenza di infortuni nella prima infanzia.



#### 20 giovani adulti (20-45 anni):

inclusi per analizzare la percezione del rischio in una fase di vita caratterizzata da un forte senso di invulnerabilità e per garantire una comparabilità tra le diverse fasce d'età.

## 4. Analisi delle interviste: percezioni, comportamenti e bisogni

Questa sezione rappresenta il cuore dell'analisi qualitativa, dove **le voci e le esperienze dei partecipanti vengono analizzate per far emergere i modelli di pensiero e comportamento che caratterizzano ciascun gruppo target**. Per ogni segmento di popolazione — anziani, famiglie e giovani adulti — verranno esplorate le diverse "psicologie del rischio", ovvero le lenti attraverso cui il pericolo viene percepito e valutato. Saranno inoltre esaminate le strategie preventive concretamente adottate nella vita quotidiana e i bisogni informativi emersi, offrendo un quadro dettagliato e sfumato che va oltre la semplice statistica per toccare il vissuto quotidiano della sicurezza domestica.



### 4.1. Target anziani (over 60)

Le interviste condotte con la popolazione anziana hanno rivelato un quadro complesso, in cui la consapevolezza dei pericoli coesiste con meccanismi psicologici di minimizzazione e un approccio alla prevenzione fortemente influenzato dall'esperienza.

**Percezione del rischio:** emerge un chiaro dualismo.

Da un lato, un forte senso di autoefficacia basato sull'esperienza e sulla prudenza ("sto attento", "so come muovermi") porta la maggioranza degli intervistati (55%) a valutare come basso il proprio rischio personale di subire un incidente. Dall'altro, si manifesta una corrente di fatalismo ("se deve succedere, succede"), che può agire come una barriera psicologica all'adozione di misure preventive proattive, attribuendo l'evento a un destino ineluttabile piuttosto che a fattori controllabili.

**L'esperienza come lezione:** il principale motore del cambiamento comportamentale non è l'informazione astratta, ma l'esperienza concreta. Gli incidenti vissuti in prima persona, e in misura ancora maggiore le "storie di avvertimento" di amici e conoscenti, agiscono come potenti catalizzatori. La narrazione di una caduta o di un'ustione grave accaduta a un coetaneo si dimostra più efficace di qualsiasi opuscolo nel generare una nuova consapevolezza e spingere a modificare le proprie abitudini.

**Strategie preventive:** si osserva una distinzione tra strategie comportamentali e modifiche ambientali. La prima, basata su un generico aumento dell'attenzione, è la più diffusa. Le modifiche ambientali, sebbene riconosciute come molto efficaci, incontrano maggiori resistenze. Interventi come la rimozione dei tappeti, la sostituzione della vasca con la doccia, un intervento chiave per mitigare il rischio di cadute, che, come evi-

denziato dai dati, rappresentano la dinamica predominante degli infortuni con esiti gravi, o l'installazione di piani a induzione sono spesso ostacolati da barriere significative come i costi, le considerazioni estetiche (il desiderio di mantenere l'aspetto della propria casa) e la procrastinazione (la tendenza a rimandare interventi percepiti come necessari solo "in futuro").



### 4.2. Target famiglie (con bambini under 14)

L'analisi delle interviste ai genitori mostra come la percezione della sicurezza domestica sia quasi interamente mediata dalla responsabilità di proteggere i propri figli.

**Percezione del rischio:** il rischio domestico è visto attraverso la lente della vulnerabilità del bambino. I pericoli percepiti come più salienti sono le cadute (soprattutto dalle scale), i pericoli in cucina (fornelli, acqua bollente) e il soffocamento da cibo, un rischio temuto per la sua immediatezza e gravità.

**Impatto degli incidenti:** emerge una netta dicotomia nella reazione agli incidenti. Da un lato, si assiste a una "normalizzazione" degli incidenti minori (piccole cadute, lievi urti), considerati quasi una tappa inevitabile del percorso di crescita del bambino. Dall'altro, l'esperienza di un singolo evento grave, come l'episodio di soffocamento riportato da una partecipante, ha un impatto trasformativo, generando un cambiamento radicale e permanente delle abitudini e delle regole familiari.

**Approcci alla prevenzione:** l'approccio preventivo dei genitori è multifattoriale. Combina misure concrete di *child-proofing* (installazione di cancelletti, paraspigoli, blocca-ante) con un concetto più avanzato: quello di "educare al rischio". Questa prospettiva pedagogica mira a non creare un ambiente asettico e irrealisticamente privo di pericoli, ma a insegnare progressivamente al bambino a riconoscere, valutare e gestire autonomamente le situazioni di rischio, sviluppando competenze di sicurezza a lungo termine.



### 4.3. Target giovani adulti (20-45 anni)

Il target dei giovani adulti si distingue per una percezione del rischio marcatamente inferiore, sostenuta da un forte senso di invulnerabilità personale.

**Percezione del rischio:** in questo gruppo è evidente un forte "bias di ottimismo", ovvero la tendenza a

credere di essere meno a rischio degli altri. Il pericolo personale è sistematicamente minimizzato e la prevenzione è affidata a un generico "buon senso", un concetto vago che maschera una scarsa adozione di comportamenti sicuri.

**Normalizzazione del rischio:** si osserva un cortocircuito cognitivo per cui la frequenza di micro-incidenti (piccoli tagli in cucina, lievi scottature, urti contro i mobili) non aumenta la consapevolezza, ma al contrario porta a una desensibilizzazione. Questi eventi, vissuti come parte della routine, contribuiscono a una generale sottovalutazione dei pericoli quotidiani.

**Dissonanza cognitiva:** emerge una palese contraddizione tra la prudenza dichiarata e i comportamenti

rischiosi ammessi con leggerezza. L'abitudine di arrampicarsi su sedie instabili o altri supporti di fortuna per raggiungere oggetti in alto è un esempio emblematico di questo scollamento tra la consapevolezza teorica del pericolo e la pratica quotidiana, guidata dalla convenienza e dalla minimizzazione del rischio immediato.

Queste profonde differenze nella percezione e gestione del rischio rendono necessario un confronto sinottico per orientare in modo strategico gli interventi di prevenzione.

### Rischi percepiti a confronto

Target	Rischi più citati	Approccio
Anziani	Cadute, bagno, tappeti	"Sto attento"/Fatalismo
Giovani	Tagli, scottature, sedie instabili	Normalizzazione dei micro-incidenti
Famiglie	Scale, cucina, soffocamento	Child-proofing+Educare al rischio

### Gli oggetti più associati agli incidenti:



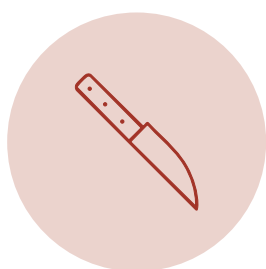
Prodotti per la pulizia



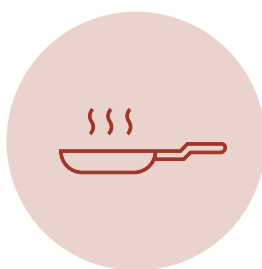
Vasca da bagno



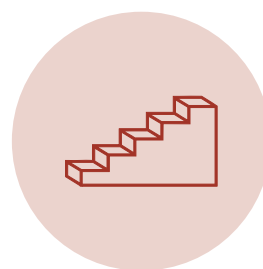
Farmaci



Cottelli



Fornelli e pentole



Scale

## 5. Sintesi comparativa dei target: percezioni e bisogni a confronto

Le analisi qualitative condotte sui tre gruppi di popolazione hanno fatto emergere **profili distinti in termini di percezione del rischio**, strategie preventive e bisogni informativi. Le tabelle che seguono offrono una sintesi comparativa di queste dimensioni, fornendo un quadro sinottico che evidenzia analogie e differenze. Questa mappatura è cruciale per superare un approccio generalista e orientare la progettazione di strategie di prevenzione "sartoriali", capaci di intercettare le **specifiche sensibilità e necessità di ciascun target**.

### Mappatura comparativa delle percezioni del rischio

L'analisi trasversale delle interviste rivela come ciascun gruppo di popolazione interpreti la sicurezza domestica attraverso lenti cognitive e culturali differenti. Per rendere visibili tali dinamiche, la **tabella seguente sintetizza le principali forme di percezione del rischio** identificate nei tre target, mettendo in evidenza le specificità psicologiche che orientano comportamenti, atteggiamenti e scelte preventive.

### Principali forme di percezione del rischio

#### Dimensione chiave

Analisi comparativa per target: anziani, famiglie, giovani adulti

#### Psicologia del rischio



**Anziani:** dualismo tra forte autoefficacia ("sto attento") che porta a minimizzare il rischio e una corrente di fatalismo che può inibire l'azione preventiva.  
**Famiglie:** percezione del rischio filtrata dalla responsabilità genitoriale. Fiducia generale nella sicurezza della casa, ma consapevolezza del rischio latente legato all'imprevedibilità dei bambini.  
**Giovani adulti:** dominato da un forte "bias di ottimismo" e dalla minimizzazione del rischio personale, mascherato da un generico affidamento al "buon senso".

#### Driver del cambiamento



**Anziani:** le esperienze dirette e, soprattutto, le "storie di avvertimento" di amici e conoscenti sono i principali catalizzatori del cambiamento comportamentale.  
**Famiglie:** impatto trasformativo di un singolo evento grave (es. soffocamento), che genera un cambiamento radicale delle abitudini, a fronte di una normalizzazione degli incidenti minori.  
**Giovani adulti:** il bisogno di cambiamento è reattivo, attivato da "trigger" specifici legati a eventi di vita (es. nascita di un figlio, assistenza a un genitore anziano).

#### Strategia preventiva



**Anziani:** approccio pragmatico, orientato a modifiche ambientali concrete per eliminare il rischio (es. togliere tappeti, sostituire la vasca con la doccia).  
**Famiglie:** approccio multifattoriale che combina misure di *child-proofing* (es. cancelletti, paraspigoli) con il concetto avanzato di "educare al rischio".  
**Giovani adulti:** dissonanza cognitiva tra la prudenza dichiarata e i comportamenti rischiosi ammessi (es. arrampicarsi su sedie instabili), con il "buon senso" che funge da giustificazione.

### Mappatura comparativa dei bisogni informativi

La lettura comparativa dei bisogni informativi emersi nei tre target permette di comprendere non solo quanta informazione le persone credono di avere o necessitare, ma soprattutto **come tale informazione viene cercata, valutata e percepita in termini di affidabilità. La tabella seguente sintetizza queste differenze**, evidenziando pattern distinti che devono guidare la personalizzazione dei materiali e dei canali comunicativi.

Come emerge chiaramente da questa sintesi, ogni gruppo di popolazione vive la sicurezza domestica attraverso lenti diverse e risponde a stimoli comunicativi differenti. Questa consapevolezza rende evidente la necessità di un approccio "sartoriale" nella definizione delle raccomandazioni operative.

## Principali bisogni informativi per target

### Dimensione chiave

Analisi comparativa per target: anziani, famiglie, giovani adulti

### Bisogno informativo



**Anziani:** bisogno polarizzato; una parte si sente già sufficientemente informata, un'altra è curiosa e aperta a ricevere nuovi consigli.

**Famiglie:** bisogno prevalentemente latente. Non cercano attivamente informazioni, ma sono ricettivi se queste vengono offerte in modo proattivo e accessibile.

**Giovani adulti:** bisogno quasi esclusivamente reattivo. L'interesse si attiva solo in corrispondenza di stimoli esterni o "trigger" legati a eventi di vita.

### Formati preferiti

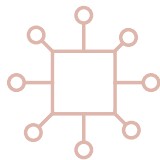


**Anziani:** forte e quasi unanime preferenza per materiali cartacei e tangibili (opuscoli, libretti), considerati più accessibili e adatti alla propria età.

**Famiglie:** netta preferenza per materiali cartacei (vademecum), ritenuti più efficaci e facili da consultare. Interesse per incontri formativi in presenza su temi pratici (es. disostruzione).

**Giovani adulti:** preferenza per contenuti digitali, brevi, veloci e di forte impatto visivo (es. post su Instagram, QR code per approfondimenti).

### Canali di fiducia



**Anziani:** canali sanitari di prossimità e massima fiducia: medico di base e farmacia. Interesse anche per luoghi di aggregazione come centri per anziani e Comune.

**Famiglie:** canali istituzionali, sanitari ed educativi, percepiti come autorevoli e fidati: pediatra, farmacia, asilo nido/scuola materna.

**Giovani adulti:** ecosistema variegato e informale: social media (Instagram), ma anche luoghi di aggregazione ad alta frequentazione come bar, università e mezzi pubblici.

## 6. Raccomandazioni operative per la prevenzione

Questa sezione traduce le evidenze emerse dall'analisi quantitativa e qualitativa in un **quadro di raccomandazioni operative**. L'obiettivo è fornire linee guida strategiche e buone pratiche per la **progettazione di programmi di prevenzione degli incidenti domestici** che siano efficaci, segmentati per target e basati su una profonda comprensione dei comportamenti e

delle percezioni della popolazione. Superando un approccio puramente informativo, queste raccomandazioni mirano a **promuovere un cambiamento consapevole e duraturo nelle abitudini quotidiane**.

Sulla base dei risultati della ricerca, si delineano le seguenti buone pratiche trasversali per la strutturazione di interventi di prevenzione:

### Affrontare il bias di ottimismo

Le **campagne** devono essere **progettate per rendere il rischio personale e tangibile**, utilizzando narrazioni, testimonianze e dati locali per sfidare attivamente la convinzione "a me non capiterà" e trasformare un pericolo astratto in una possibilità concreta.

### Sfruttare i momenti trigger

La comunicazione deve **intercettare i cittadini nei momenti chiave della vita** (es. acquisto della prima casa, nascita di un figlio, assunzione di un ruolo di cura per un genitore anziano) in cui la sensibilità al tema della sicurezza aumenta naturalmente, offrendo informazioni pertinenti e tempestive.

### Privilegiare canali di fiducia

La **distribuzione delle informazioni** deve avvenire primariamente **attraverso i canali sanitari e istituzionali** (medici di base, pediatri, farmacie, asili nido) che godono della massima fiducia e autorevolezza, garantendo che il messaggio sia accolto come un consiglio affidabile e non come una generica campagna informativa.

### Diversificare formati e linguaggi

È fondamentale **adattare i materiali informativi al target di riferimento**: formati cartacei, chiari e leggibili per gli anziani; materiali pratici e rassicuranti per le famiglie; contenuti digitali, veloci e visivamente accattivanti per i giovani, prevedendo anche materiali multilingue per le comunità straniere.

### Promuovere la riflessione attiva

Bisogna passare da una comunicazione puramente prescrittiva ("devi fare così") a un **approccio dialogico**, che utilizzi domande, checklist di autovalutazione e **strumenti** interattivi per stimolare una presa di coscienza individuale sui propri comportamenti a rischio.

### Adottare un approccio narrativo nelle campagne

**Integrare le campagne con storie e testimonianze anonime**, simili a quelle raccolte in questa indagine. Raccontare eventi concreti rende il rischio più memorabile e comprensibile, superando la comunicazione puramente tecnica e facendo leva sul potente meccanismo dell'apprendimento dall'esperienza altrui.

### Focalizzare gli interventi su ambienti e azioni specifiche

Concentrare i messaggi sulla **messa in sicurezza degli "hotspot"** del rischio universalmente riconosciuti (cucina e bagno) e su azioni critiche ricorrenti, come l'uso di supporti instabili per raggiungere punti in alto, fornendo alternative pratiche e sicure.

### Progettare interventi multifattoriali

Riconoscere che **la sola informazione non è sufficiente**. Gli interventi devono affrontare anche le **barriere pratiche, economiche ed estetiche**, ad esempio promuovendo piccoli incentivi per l'acquisto di ausili di sicurezza o collaborando con designer per proporre soluzioni che siano al contempo sicure e gradevoli.

## 7. Conclusioni: un impegno collettivo per case più sicure

La presente analisi ha messo in luce come gli infortuni domestici non rappresentino fatalità ineluttabili, ma **un problema di salute pubblica concreto e prevenibile**, con un impatto significativo anche per la comunità della Provincia autonoma di Trento. L'incidenza di questi eventi genera un onere considerevole per i servizi sanitari, con costi economici diretti elevati – basti pensare a **un costo medio per ricovero ospedaliero stimato in oltre 3.000 euro** (SINIACA 2002) – e conseguenze talvolta drammatiche per la vita delle persone, in particolare per le fasce più vulnerabili della popolazione, come anziani e bambini.

Il valore strategico di questo report risiede nell'adozione di un approccio integrato, che ha permesso di andare oltre la semplice conta degli eventi. La combinazione della sorveglianza epidemiologica, che ci dice

cosa accade, con l'analisi qualitativa delle percezioni, che ci spiega perché accade, si è rivelata fondamentale. Questa duplice prospettiva ha fatto emergere la **complessa interazione tra rischio oggettivo, percezioni soggettive, abitudini consolidate e barriere psicologiche**, offrendo una comprensione profonda delle dinamiche che favoriscono gli incidenti. La diffusa sottovalutazione del rischio, il "bias di ottimismo" e la normalizzazione dei piccoli pericoli quotidiani sono risultati essere ostacoli cruciali che una campagna puramente informativa non potrebbe superare.



Investire in un **programma di prevenzione coordinato, basato sull'evidenza scientifica e "sartoriale"**

**per i diversi target** non è solo una scelta di buon governo della sanità pubblica, ma rappresenta un **investimento strutturale nella salute, nella sicurezza e nella qualità della vita dell'intera comunità**. Affrontare questa sfida con un impegno corale tra istituzioni sanitarie, enti locali, professionisti e cittadini stessi significa costruire fondamenta più solide per una società più consapevole e resiliente, in grado di generare benefici tangibili e duraturi per tutti.



Anche  
i supereroi  
si fanno  
male

**ACCIDENTI!**

**SICUREZZA DOMESTICA**

Scopri le maggiori  
cause di incidente



**38%**

degli incidenti domestici  
avviene in cucina

(Fonte: ISTAT)