

LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI COME FATTORE DI RISCHIO PER INCIDENTI PEDIATRICI

Giuseppe Di Mauro

Le disuguaglianze sociali come fattore di rischio per incidenti pediatrici

Il bambino vive in un mondo di adulti, progettato dagli adulti per gli adulti, ma ha diritto di essere protetto dagli infortuni, così come previsto dalla **Convenzione sui diritti dell'infanzia** che all'art. 24 recita: "...

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

10 Leading Causes of Death by Age Group, United States - 2015

| Rank | Age Group | | | | | | | | | | Total |
|------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | <2 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65+ | |
| 1 | Coronary Arteriosclerosis 4,925 | Ischemic Heart 1,236 | Ischemic Heart 761 | Ischemic Heart 763 | Ischemic Heart 12,314 | Ischemic Heart 13,779 | Ischemic Heart 11,078 | Malignant Neoplasms 43,054 | Malignant Neoplasms 318,322 | Heart Disease 681,138 | Heart Disease 835,942 |
| 2 | Short Duration 4,554 | Congenital Anomalies 438 | Malignant Neoplasms 431 | Malignant Neoplasms 431 | Stroke 5,481 | Stroke 5,417 | Malignant Neoplasms 11,568 | Heart Disease 34,243 | Heart Disease 119,312 | Malignant Neoplasms 119,312 | Malignant Neoplasms 119,312 |
| 3 | ISS 1,568 | Accident 309 | Congenital Anomalies 191 | Stroke 404 | Stroke 404 | Stroke 4,283 | Stroke 4,283 | Stroke 4,283 | Stroke 4,283 | Stroke 4,283 | Stroke 4,283 |
| 4 | Neonatal Perinatal 1,522 | Malignant Neoplasms 304 | Heart Disease 141 | Heart Disease 141 | Malignant Neoplasms 1,489 |
| 5 | Ischemic Heart (251) | Heart Disease 147 | Heart Disease 95 | Congenital Anomalies 158 | Heart Disease 907 |
| 6 | Pneumonia 910 | Influenza & Pneumonia 88 | Chronic Low Respiratory Disease 93 | Heart Disease 129 | Chronic Low Respiratory Disease 202 |
| 7 | Bacterial Septicemia 559 | Influenza 54 | Influenza & Pneumonia 44 | Chronic Low Respiratory Disease 93 | Chronic Low Respiratory Disease 202 |
| 8 | Respiratory System 462 | Perinatal 141 | Cerebrovascular 42 | Cerebrovascular 42 | Stroke 184 |
| 9 | Circulatory System 425 | Cerebrovascular 42 | Influenza & Pneumonia 34 | Influenza & Pneumonia 39 | Influenza & Pneumonia 104 | ISS 523 | ISS 523 | ISS 523 | ISS 523 | ISS 523 | ISS 523 |
| 10 | Neonatal Respiratory 405 | Chronic Low Respiratory 41 | Influenza 21 | Low Back Strain 30 | Cerebrovascular 184 | Congenital Anomalies 443 | Apparatus 628 | Neoplasms 2,124 | Neoplasms 5,482 | Neoplasms 30,011 | Neoplasms 46,123 |

Gli incidenti sono la prima causa di morte in età pediatrica

Data Source: National Vital Statistics System, National Center for Health Statistics, CDC.
 Produced by: National Center for Injury Prevention and Control, CDC, using WONDER™

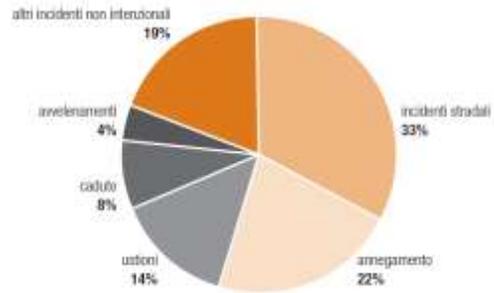


Dati del Global Burden of Disease

Nel 2015 gli incidenti non intenzionali hanno causato nel mondo il 18% dei decessi tra bambini e adolescenti di età compresa tra gli 1 e i 19 anni

12,6% delle morti hanno interessato bambini tra gli 1 e i 4 anni fino a raggiungere il 28,8% per i ragazzi di età compresa tra i 15 e i 19 anni

Percentuale della tipologia di incidenti non intenzionali che hanno causato decessi nei bambini e adolescenti di età compresa tra 1 e 19 anni nel 2015



Alonge O, Hyder AA. Reducing the global burden of childhood unintentional injuries. Arch Dis Child 2016; 99(1):62-9

Principali tipi di incidente in età pediatrica

KIDS
WORLDWIDE

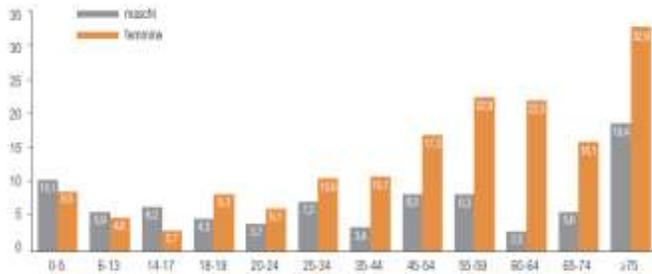
Overview of Childhood Injury Morbidity and Mortality in the U.S. Fact Sheet (2013)

Fatalities

The five leading causes and number of injury-related child deaths, by age group, United States, 2010²

| Rank | Age <1 | Ages 1-4 | Ages 5-9 | Ages 10-14 | Ages 15-19 |
|------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Suffocation 905 (81.5%) | Drowning 436 (31.3%) | MV Traffic 354 (46.7%) | MV Traffic 452 (51.1%) | MV Traffic 2,895 (63.8%) |
| 2 | MV Traffic 76 (6.8%) | MV Traffic 343 (24.6%) | Drowning 134 (17.7%) | Drowning 117 (13.2%) | Poisoning 744 (16.4%) |
| 3 | Drowning 39 (3.5%) | Fire/burn 131 (10.8%) | Fire/burn 99 (11.7%) | Suffocation 48 (5.4%) | Drowning 301 (6.6%) |
| 4 | Fire/burn 22 (2.0%) | Suffocation 134 (9.6%) | Suffocation 31 (4.1%) | Fire/burn 48 (5.2%) | Other Land Transport 104 (2.3%) |
| 5 | Environment 22 (2.0%) | Pedestrian, Other 103 (7.4%) | Other Land Transport 26 (3.4%) | Other Land Transport 42 (4.7%) | Pedestrian, Other 73 (1.6%) |

ISTAT. Indagine Multiscopo. Incidenza degli infortuni domestici per sesso e classe di età (per 1.000 persone dello stesso sesso e classe di età). Anno 2014



Registrazione di eventi su scala nazionale, comprendendo anche quelli che non portano all'ospedalizzazione

Rilevazione condotta su 24.000 famiglie

Stimata un'incidenza di 9 infortuni domestici all'anno ogni 1.000 bambini della fascia di età 0-5, con una prevalenza superiore nei maschi rispetto alle femmine

Le disuguaglianze sociali come fattore di rischio per ...

**L'Italia
per l'equità
nella salute**

ROMA
1 DICEMBRE 2017

L'Italia per l'equità nella salute

Venerdì 1 dicembre 2017 la ministra della Salute, Beatrice Lorenzin ha presentato a Roma il rapporto "L'Italia per l'equità nella Salute" realizzato su sua commissione da un gruppo di lavoro dei quattro enti centrali (Inmp, Istituto superiore di sanità, Agenas e Aifa) coordinato da Giuseppe Costa.

<https://www.youtube.com/watch?v=bn2t78Ah14Q&feature=youtu.be>

Le disuguaglianze sociali come fattore di rischio per ...



Il miglioramento della salute a cui abbiamo assistito in modo progressivo negli ultimi decenni, *come ha evidenziato Sir Michael Marmot nel corso dell'incontro*, **non è comunque uguale per tutte le classi sociali**

Quando si parla di disuguaglianze di salute, dunque, è opportuno considerare non solo le fasce di popolazione più vulnerabili e disagiate, ma **occuparsi di tutta la gamma di soggetti che vivono una condizione di svantaggio legato alla minore disponibilità di risorse economiche, culturali, ambientali e relazionali** rispetto a chi occupa il gradino più alto della scala sociale.

Le disuguaglianze sociali come fattore di rischio per incidenti pediatrici

Dal punto di vista dell'istruzione e ricerca si è ricordata la necessità di investire in formazione non solo degli operatori sanitari sul tema delle disuguaglianze ma anche nella scuola dell'obbligo come opportunità di crescita del cittadino che consenta di acquisire le capacità e competenze per prendersi cura della propria salute (health literacy).



Da tutto quanto detto e scritto in questo documento è lecito pensare che le disuguaglianze incidano anche sugli incidenti, sulla loro incidenza, sui loro esiti, sulla loro prevenzione

Le disuguaglianze sociali come fattore di rischio per incidenti pediatrici

Dati Nazionali (scarsi)

Dati di altri paesi

(da cui ricavare ipotesi soprattutto in campo preventivo)

... si parla di soggetti vulnerabili

Donne
Anziani
Bambini

Le categorie più colpite



Negli incidenti in ambiente domestico le donne rappresentano la categoria più a rischio in quanto più esposte all'ambiente domestico.
Le donne, peraltro, rappresentano le figure chiave per la cura dei soggetti più vulnerabili (bambini e anziani).
Una donna su tre, che in età lavorativa ha avuto un infortunio in casa, lo subisce per attività di lavoro domestico.

Secondo l'indagine multiscopo ISTAT **Aspetti della vita quotidiana. Anno 2011**

- > le donne sono coinvolte in circa il 68% di tutti gli incidenti, con un quoziente di infortuni del 15,9 per mille (gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 7,6 per mille)
- > hanno subito almeno un incidente domestico:
 - > oltre 20 anziani over65 su 1000 (13,2 maschi su 1000 e 26,2 femmine su 1000)
 - > 28 anziani over80 su 1000 (22,2 maschi su 1000 e 31,1 femmine su 1000)
 - > 11,5 bambini da 0 a 5 anni su 1000.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale interna al nostro Paese, il Nord è la realtà geografica che presenta il maggior numero di incidenti domestici.
Per quanto riguarda i quozienti di infortuni, i dati sulle varie ripartizioni geografiche sono:

- > Nordovest: 12,5 per mille
- > Nordest: 12,1 per mille
- > Centro: 11,5 per mille
- > Sud: 10 per mille
- > Isole: 14,1 per mille.

Prevenire gli incidenti domestici



Macro obiettivo: Prevenire gli incidenti domestici - Quadro logico centrale

| Fattori di rischio / Determinanti | Strategie | Obiettivi centrali | Indicatori centrali |
|--|--|--|--|
| Stili di vita scorretti (in particolare sedentarietà) | Promozione di corretti stili di vita | Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero | Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere |
| Deficit neuro-motori o cognitivi | Promozione della cultura della sicurezza nella popolazione con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio | Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni | Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile |
| Sicurezza abitazioni, impianti, arredi, prodotti e farmaci | Formazione alla sicurezza domestica per operatori sanitari, MMG e PLS | Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver | Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKKio alla salute entro 2 anni) |
| Trattamenti e interazioni farmacologiche in soggetti fragili | Formazione alla sicurezza degli educatori scolastici e dei collaboratori familiari | Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS | Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni) |
| Bassa percezione del rischio da parte degli adulti | Promozione dell'attività fisica nell'anziano | Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico | Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni) |
| Mancata conoscenza della incidenza degli avvelenamenti in ambiente domestico | Sostegno ai flussi informativi basati sui dati rilevati dai CAV con procedura standard | | Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico |

Nei paesi europei esiste un gradiente sociale che riguarda sia lo stato di salute che gli incidenti

Quanto più è bassa la posizione sociale di un individuo, tanto peggiore sarà la sua salute

Le persone con basso livello di istruzione, di occupazione e di reddito, hanno un rischio maggiore di incidente e, quando lo subiscono, sperimentano le conseguenze più gravi



Nel caso degli incidenti domestici dei bambini, il **reddito, i beni e i servizi, le condizioni di vita povere, l'emarginazione, la condizione abitativa, le condizioni igienico-sanitarie, il sovraffollamento, la giovane età materna, la famiglia monogenitoriale e un basso livello educativo materno**, sono fattori che possono concorrere a generare disuguaglianze

Su tali disuguaglianze occorre intensificare gli interventi se si vuol fare prevenzione degli incidenti

Uno studio che ha analizzato nei primi anni '90 i registri di dimissione dei bambini di 0-3 anni ricoverati negli ospedali svedesi a causa di incidenti domestici ha dimostrato che **i figli di madri giovani (meno di 24 anni) avevano più probabilità di essere ammessi in ospedale per incidenti derivanti da cadute e avvelenamento**

I figli di madri provenienti da paesi non occidentali presentavano un rischio maggiore di ammissione per ustioni



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

I figli di madri che abusano di sostanze sono più spesso ospedalizzati per incidenti



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

Chrome Archivio Modifica Visualizza Cronologia Preferiti Persone Finestra Guida

Dramma in Campania: bambi...

HOME NAPOLI AVELLINO BENEVENTO SALERNO CASERTA CALABRIA LE ALTRE SEZIONI

SALERNO

La Befana scende dal Campanile di San Bartolomeo grazie ai vigili del fuoco

LA TRAGEDIA Tragico incidente a Confuri: si ribalta tir, muore un camionista

LA STORIA Padre e marito violento incastrato dai figli: «Compò picciò per mamma»

Il Mattino - Salerno

Dramma in Campania: bambino di 15 mesi ingerisce hashish del padre: è in rianimazione

IL MATTINO TV

Naufraga gommoni di migranti al largo della Libia, 8 ci...

IL VIDEO PIU' V...

3 mesi a 9€

LEGGI L'EDIZIONE DIGITALE

Uno studio che ha analizzato attraverso interviste telefoniche le cause che hanno portato a **incidenti domestici** che coinvolgevano i bambini residenti nell'ASL di Padova ha evidenziato quale **causa prevalente la disattenzione dell'adulto e del bambino**



Spesso l'adulto risulta **causa diretta o indiretta**, per mancata **vigilanza** o per **sottovalutazione del rischio dell'ambiente "casa"** (**accesso a fiamme libere o liquidi bollenti, possibilità di arrampicamento, sostanze tossiche non conservate correttamente, utensili pericolosi accessibili ai bambini, etc.**)

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

Uno studio osservazionale neozelandese ha stimato un aumento del 22% del rischio di incorrere in incidenti domestici associato alla presenza nell'abitazione di specifici elementi potenzialmente pericolosi



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

| |
|---|
| Pavimento del bagno irregolare/scivolo/iscrittato |
| Doccia/bagno con superficie scivolosa |
| Spazio insufficiente attorno alla vasca/doccia |
| Pavimento dei locali (escluso il bagno) irregolare/scivolo/iscrittato |
| Cablaggio elettrico non sicuro |
| Regolazione della temperatura dell'acqua calda da termostato superiore a 60°, o a 55° se misurata dal rubinetto |
| Rilascio in minima/fretta bassa, aperture troppo ampie, resistenza insufficiente |
| Scale sdrucciolesci |
| Scale non adeguatamente illuminate |
| Scale troppo ripide |
| Scale troppo larghe/strette/irregolari |
| Scale tra camera da letto e servizi igienici |
| Tappeto moquette sui gradini |
| Specchi o porte in vetro adiacenti alle scale |
| Assenza di uno spazio di stoccaggio protetto dalla portata dei bambini di prodotti pericolosi in ciascun bagno/ camera da letto |
| Personale all'aperto scarsamente illuminato/obscuro/ripido/irregolare |
| Finestra che si apre sul percorso in modo pericoloso |
| Corrimano sulle scale esterne in cattive condizioni |
| Corrimano esterno mancante |
| Corrimano troppo alto o troppo basso/ discontinuo |
| Gradini esterni strutturalmente pericolosi |
| Gradini esterni con pedale e alzata di diverse altezze |
| Gradini esterni con gradini mancanti |
| Gradini esterni ripidi |
| Gradini esterni scivolosi |
| Gradini esterni scarsamente illuminati/difficili da vedere |

Elementi potenzialmente rischiosi a livello abitativo

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

Regione europea dell'OMS

Nei paesi a basso e medio reddito il rischio di morire per incidenti non intenzionali è tre volte superiore rispetto ai paesi con reddito elevato

Gli individui più svantaggiati hanno minori possibilità di accesso ai dispositivi di sicurezza, agli interventi educativi e ai programmi per modificare comportamenti non sicuri



I soggetti benestanti hanno risorse che rendono accessibile e praticabile la prevenzione, oltre al fatto che, in caso di incidente, questi soggetti possono permettersi un'assistenza di elevata qualità.

In uno studio italiano è stata trovata un'associazione tra l'accadimento di un incidente domestico e il livello culturale-educativo dei papà



Bassa istruzione del padre, maggior frequenza di incidenti domestici nel bambino

Vineis P, Ronco G, Ciccone G et al.
Home injuries in children: a population-based intervention trial
Epidem 1994; 5(3):349-51

I decessi causati da incendi delle case e da altre cause di incidenti domestici sono significativamente più frequenti tra gli **affittuari** che tra i **proprietari di case**. Ciò rafforza il rapporto tra condizioni abitative, povertà, stato di salute e incidenti domestici



Lo studio indica che le disparità sociali interessanti lo stato di salute e la prevalenza degli incidenti domestici possono essere significativamente ridotte attraverso un risanamento delle disparità sociali nel settore abitativo

Edmond D. Shenassa, ScD, Amy Stubbendick, MS, Mary Jean Brown, ScD, RN
Social Disparities in Housing and Related Pediatric Injury: A Multilevel Study
American Journal of Public Health April 2004, Vol 94, No. 4

Tassi di ospedalizzazione più elevati per traumi e altri incidenti domestici sono stati riscontrati nei bambini della contea di Sacramento con stato socioeconomico inferiore e con reddito familiare più basso



E' stata individuata non solo un'incidenza maggiore di incidenti ma anche una maggiore gravità delle lesioni e una più elevata mortalità per ferite da arma da fuoco, aggressioni e investimento di pedoni

James P. Marcini, MD, MPH, Michael S. Schembri, MS, Jingsong He, MS, and Patrick S. Romano, MD, MPH
A Population-Based Analysis of Socioeconomic Status and Insurance Status and Their Relationship With Pediatric Trauma Hospitalization and Mortality Rates
American Journal of Public Health | March 2003, Vol 93, No. 3

La morbilità e la mortalità per incidente stradale in età pediatrica (pedoni, passeggeri di autoveicoli, ciclisti) è più elevata nei bambini residenti in aree socioeconomiche più svantaggiate



Ciò potrebbe essere dovuto al rapporto tra gradiente sociale e comportamento in grado di incrementare l'esposizione dei bambini al rischio di incidente stradale

L Laflamme, F Diderichsen
 Social differences in traffic injury risks in childhood and youth—a literature review and a research agenda
 Downloaded from <http://injuryprevention.bmj.com/> on December 17, 2017 -
 Published by group.bmj.com
 Injury Prevention 2000;6:293–298

Più alti tassi di annegamento fatale e non fatale in piscine e in altre acque nei bambini appartenenti a minoranze etniche



E' importante che i pediatri e altri operatori sanitari diano opportuni messaggi di prevenzione in particolare alle sottopopolazioni più a rischio

Heather Felton, John Myers, Gil Liu, Deborah Winders Davis
 Unintentional, non-fatal drowning of children: US trends and racial/ethnic disparities
 BMJ Open 2015;5:e008444. doi:10.1136/bmjopen-2015-008444

Da dati desunti dal pronto soccorso di 10 ospedali pediatrici dell'Ontario, Canada, è stato visto che differenze socioeconomiche si rapportano con una più alta incidenza di bambini afferiti per lesioni traumatiche



I risultati suggeriscono la necessità di mirati sforzi di prevenzione delle lesioni tra i bambini appartenenti a popolazioni economicamente svantaggiate

Taron Faelker, William Pickett, Robert J Brison
Socioeconomic differences in childhood injury: a population based
epidemiologic study in Ontario, Canada
Injury Prevention 2000;6:203–208

Social Disparities in Housing and Related Pediatric Injury: A Multilevel Study (Am J Public Health. 2004;94:633–639)

| Edmond D. Shenassa, ScD, Amy Stubbendick, MS, Mary Jean Brown, ScD, PhD

Riguardo alle differenze razziali/etniche in genitorialità, la letteratura generalmente mette in **correlazione le scarse capacità genitoriali e la supervisione** e indica che non sono distribuiti in modo differente da razza/etnia.

Inoltre, l'influenza di razza/etnia è spesso *confusa* con lo stato socioeconomico e la "anzianità" di immigrazione.

Tuttavia, **sembra che l'effetto dello stato socioeconomico sia più influente e assorbe quello di razza/etnia.**



Strategie preventive

Primarie: prima dell'esposizione (programmi di educazione sanitaria)

Secondarie: riducono o eliminano gli incidenti dopo l'esposizione (es. cintura di sicurezza, casco, etc)

Terziarie: riducono la gravità del danno: sistemi di emergenza

STRATEGIE PREVENTIVE



Frieden nel 2010 ha introdotto un sistema utile per concettualizzare e comprendere il potenziale impatto sulla salute pubblica degli interventi di prevenzione

Il modello, denominato **Health Impact Pyramid (HIP) e adattato per quanto riguarda gli incidenti domestici da **Mack**, prevede cinque tipologie di intervento con diversi livelli di impatto sulla popolazione generale**



Mack KA, Liller KD, Baldwin G et al.
Preventing unintentional injuries in the home using the Health Impact Pyramid.
Health Educ Behav 2015; 42(1 Suppl):1155-1225

STRATEGIE PREVENTIVE



Alla base della piramide si trovano gli interventi che prevedono il minimo sforzo a livello individuale, mentre all'apice sono posizionati i programmi che prevedono il massimo sforzo, in quanto mirano al cambiamento del comportamento individuale, agendo peraltro in contesti specifici diversi

All'interno di questo framework, gli interventi di Sanità pubblica e quelli volti a contrastare la povertà sono posti a livello inferiore, mentre gli interventi educativi e di counselling sono posizionati nella porzione superiore

Inviare messaggi educativi su troppi rischi, e in brevi periodi, è controproducente ai fini della prevenzione.

Per i programmi di educazione sanitaria appare consigliabile definire una scaletta metodologica limitata a pochi rischi (scegliere i principali, pochi messaggi, chiari)

STRATEGIE PREVENTIVE

Il Sistema sanitario riveste un ruolo chiave nella promozione, coordinamento e realizzazione degli interventi di prevenzione

Tale ruolo è disciplinato dalla legge n. 493 del 3 dicembre 1999



All'articolo 4, prevede 4 azioni, da svolgere a livello regionale

Monitoraggio e raccolta dei dati

STRATEGIE PREVENTIVE

Il Sistema sanitario riveste un ruolo chiave nella promozione, coordinamento e realizzazione degli interventi di prevenzione

Tale ruolo è disciplinato dalla legge n. 493 del 3 dicembre 1999



All'articolo 4, prevede 4 azioni, da svolgere a livello regionale

Prevenzione e valutazione dell'efficacia delle misure adottate

STRATEGIE PREVENTIVE

Il Sistema sanitario riveste un ruolo chiave nella promozione, coordinamento e realizzazione degli interventi di prevenzione

Tale ruolo è disciplinato dalla legge n. 493 del 3 dicembre 1999



All'articolo 4, prevede 4 azioni, da svolgere a livello regionale

Redazione di piani mirati

STRATEGIE PREVENTIVE

Il Sistema sanitario riveste un ruolo chiave nella promozione, coordinamento e realizzazione degli interventi di prevenzione

Tale ruolo è disciplinato dalla legge n. 493 del 3 dicembre 1999



All'articolo 4, prevede 4 azioni, da svolgere a livello regionale

Stesura di una relazione annuale regionale/nazionale

STRATEGIE PREVENTIVE



E' auspicabile che possa essere sviluppata un'attività formativa di base, tale da:

- Sensibilizzare gli operatori sanitari nel loro complesso sul fenomeno degli incidenti domestici, sui fattori causali, sugli interventi di prevenzione con prova di efficacia;

Formare gli operatori sanitari più direttamente coinvolti sulla disponibilità e l'utilizzo delle fonti informative necessarie per assicurare la sorveglianza degli incidenti domestici

Creare le premesse per una collaborazione di rete tra servizi sanitari, sia per la sorveglianza sia per lo sviluppo delle azioni di prevenzione

STRATEGIE PREVENTIVE



E' auspicabile che possa essere sviluppata un'attività formativa di base, tale da:

- Porre le premesse per sviluppare a livello regionale dei sistemi validati per rappresentare l'epidemiologia degli incidenti domestici, con l'obiettivo di ridurre i gap esistenti

Sviluppare modalità di azione di prevenzione degli incidenti domestici **tenendo conto delle disuguaglianze sociali** come fattore di rischio per gli incidenti

STRATEGIE PER DIMINUIRE LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI



INTERVENTI LEGISLATIVI: Regolamentazione – rispetto delle regole
(Sono efficaci nel ridurre gli incidenti in tutti i gruppi sociali)

Considerato che è dimostrato un **GRADIENTE SOCIALE** per cui il rischio di incidenti è più alto in una classe sociale rispetto alla classe superiore, oltre alle politiche universali occorre adottare **STRATEGIE MIRATE E ADATTATE AI DIVERSI GRUPPI**

GIULIANA ROCCA

STRATEGIE PREVENTIVE

La presenza di popolazione straniera conferma l'importanza di adattare i programmi di prevenzione degli incidenti alla diversità con la quale oggi ci confrontiamo, comprendendo i bisogni di una popolazione culturalmente molto eterogenea



Determinante diventa la capacità di far giungere messaggi preventivi alla popolazione migrante, o ad altre persone appartenenti ad altri gruppi vulnerabili di popolazione

Importante è poi creare la consapevolezza politica del fatto che un miglioramento della salute della popolazione migrante ha un'incidenza diretta sullo stato di salute dell'insieme della popolazione

Prevenzione primaria



METTERLI AL SICURO!

A CURA DI:

Francesco Pastore, pediatra di famiglia, Istruttore BLS/PLSD American Heart Association, Consigliere regionale SIMP Puglia, Martina Franca (TA) (coordinatore)

Marta Carmen Viora, pediatra di famiglia, Viterbo (VI) (coordinatore), **Daniela Giuglietti**, USO Pediatrico ad alta intensità di cura, Dipartimento di Pediatria e Neonatologia, Università degli Studi di Milano e Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano; **Leon Venturini**, pediatra di famiglia, Casare dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Bergamo; **Giovanella Severino**, pediatra di famiglia, ASL Melegnano, Monza.





Incolla qui sopra la foto col mio cucciolo preferito

LA SICUREZZA DOMESTICA

Gli incidenti rappresentano la principale causa di morte e di invalidità nei bambini tra 1 e 5 anni. Circa 600.000 bambini in questa fascia di età si recano ogni anno in ospedale a causa di

Fate attenzione quando è sul fasciatoio

- Non lasciatelo solo neppure per un attimo.
- Tenete a portata di mano tutto l'occorrente.
- Prendetelo in braccio se vi dovete allontanare.
- Le stesse precauzioni sono da ritenere valide nel caso che il bambino sia su un piano alto o sul letto.

Dove mettere la sdraietta

- Posizionarla preferibilmente per terra, per evitare cadute.
- Non su tavoli o sedie.



Mettete i prodotti per igiene lontano dalla sua portata

- Il borotalco o altre polveri, se inalate, possono essere pericolose.

Controllate la temperatura del bagnetto, per evitare ustioni

- Abbassate il termostato dell'acqua a 45/50 °C.
- Non fate scendere acqua calda mentre è immerso, per evitare il rischio di ustioni.



Fate attenzione al latte nel biberon



L'impianto elettrico

- Dotate l'impianto con sicurezza salvavita.
- Coprite le prese non copri-prese di sicurezza dai bambini.
- Usate apposite canaline.
- Collocate le lampade in luoghi inaccessibili.

In cucina

- Rivolgete verso l'interiore le pentole che si trovano sopra i fuochi.
- Utilizzate di preferenza i fuochi a gas.
- Evitate di usare il forno a microonde per il riscaldamento di liquidi e fritti.
- Sostituite la stufa o il camino con un sistema di riscaldamento che garantisca un'adeguata sicurezza.

Le piante

- Accertatevi che quelle in casa o sul balcone non siano velenose (per maggiori informazioni vedere i consigli pratici alla fine di questo capitolo).

Le scale

- Installate cancelletti alle scale.
- Sconsigliato l'uso del girello.
- Utilizzate il box se dovete allontanarvi e volete lasciare il piccolo in un luogo sicuro.

In balcone

- Controllate che sui balconi non ci sia nulla che il piccolo possa gettare di sotto.



I fratelli

I fratelli più grandi devono essere resi consapevoli del fatto che con un bambino più piccolo non è possibile fare tutto e che, anzi, bisogna prestare attenzione ai propri comportamenti perché possono essere rischiosi. È importante sensibilizzarli spiegando loro il perché non possono fare certe cose o comportarsi in un determinato modo. Più che dare "tali" attenti a suo fratello che è il più piccolo; argomentate con esempi gli eventuali pericoli e le loro possibili conseguenze.

Ovviamente ci saranno momenti in cui dovete comunque intervenire per impedirgli che accada l'irreparabile. L'educazione al rapporto con il piccolo deve essere impostata ancor prima della nascita e deve poi essere portata avanti in un clima sereno senza colpevolizzare il più grande, senza scanzate, urla e punizioni. Il tempo e la pazienza che come genitori dedicherete a rendere la convivenza il più possibile sicura, saranno ripagati dal fatto che i figli maggiori diventeranno i migliori custodi del fratellino e si sentiranno coinvolti e responsabilizzati nei suoi riguardi per tutta la vita.

Tutelare l'incolumità del più piccolo

È essenziale che nella pratica della vita quotidiana i fratelli più grandi comprendano che cosa è pericoloso e rischioso per il piccolo. Non pretendete che sappiano già come comportarsi, ma state fermi e imponete una disciplina pacifica.

- Fate attenzione ai giochi: evitate che si svolgano giochi violenti, come spiritoni a lotta, vicino al bambino piccolo.
- Fate attenzione ai giocattoli dei fratelli più grandi: non de-



Amici a quattro zampe

La compagnia degli animali domestici è molto positiva per i bambini: nel cane o nel gatto di casa, possono trovare un compagno di giochi affettuoso e divertente. Naturalmente per evitare problemi dovete educare fin da piccolo vostro figlio al rispetto dell'animale e poi, quando sarà più grande, a prendersi cura dell'amico a quattro zampe.

Se l'animale viveva in casa già prima che nascesse il vostro bambino, dovete dargli il tempo di conoscere il nuovo arrivato per evitare che lo consideri un intruso o diventi geloso delle vostre attenzioni. Fate in modo che familiarizzino, ma non abituatelo a dormire nella camera da





LA SICUREZZA ALL'APERTO

Fuori dall'ambiente domestico le fonti di pericolo sono innumerevoli. Perché il mondo esterno presenta una moltitudine di

- È bene insegnare al bambino, per gradi e secondo l'età, le regole della strada, cominciando con le più semplici (il semaforo, i segnali). Ricordate che per una buona educazione stradale è fondamentale il vostro buon esempio.
- In bicicletta, il bambino deve essere trasportato nell'apposito seggiolino, dotato di poggiatesta e poggipiedi, altrimenti i piedini potrebbero incastrarsi nei raggi delle ruote e causare cadute molto pericolose.
- Fategli indossare il caschetto protettivo quando è in bicicletta e indossate voi stessi il casco in bici.
- Non fate andare in bicicletta vostro figlio da solo in strada, il traffico di una città è molto pericoloso e complicato per un bambino prima che non abbia compiuto almeno 7-8 anni.
- Sorvegliatelo costantemente al parco giochi, specie sull'altalena e sullo scivolo.



Sicurezza

- Usate sempre i seggiolini secondo disposizioni del Codice della Strada, art. 172, nuova norma dal 2017: a seconda dell'età del bambino, dell'altezza e del peso devono essere posizionati in modo differente e installati rispettando rigorosamente le indicazioni del costruttore.
- Utilizzate solo seggiolini omologati secondo la normativa CE (EN 1709).

Alimentazione

- È consigliabile che il bambino inizi il viaggio a stomaco pieno, evitando però i cibi troppo calorici e indigesti. Evitate di dare da bere del latte o liquidi prima della partenza perché facilita la cinetosi o mal d'auto, che può manifestarsi con vomito, nausea e malessere generale.
- Tenete sempre a disposizione una scorta d'acqua.
- Portate sempre uno spuntino, eventualmente conservato in una borsa termica.

Benessere in viaggio

- Mai fumare in auto se c'è un bambino (foglia che dovrebbe valere sempre e non solo durante i viaggi lunghi).
- Pianificate brevi soste in aree protette, sia per uno spuntino sia per dare ai bambini la possibilità di scaricare le loro energie correndo e giocando.
- Portate insieme i giochi e i pupazzi preferiti dal bambino e, possibilmente, inventate giochi finalizzati a intrattenersi per spezzare la monotonia del viaggio.
- Tenete a disposizione delle salviette rinfrescanti.



Il sole: prendiamolo in sicurezza

Un'eccessiva esposizione solare può causare un elevato rischio di tumori della pelle nel bambino, che possono manifestarsi anche più tardi nel corso della vita. È importante perciò seguire sempre opportuni accorgimenti per proteggere vostro figlio dal sole, specialmente durante le vacanze al mare o in montagna.

- Non esponetelo mai direttamente al sole fino ai sei mesi di vita.
- Non esponetelo alle ore 15:00, quando il sole è più aggressivo e i raggi sono più diretti.
- Cercate di tenerlo sotto gli alberi o sotto le tende.
- Non lasciatelo tutto il giorno al sole, a bagnino o senza vestire.
- Copritelo con vestiti ad esempio un'ampolletta.
- Proteggete in piscina, mentre è in acqua, con quelle che si scottano.



Animali

Il bambino deve avere ben presente che esistono tre tipi di animali: quelli propri, quelli altrui e quelli di nessuno. E che le loro reazioni possono essere molto diverse.

Se un bambino è abituato a convivere con animali domestici, infatti, tende naturalmente a credere che tutti gli animali, anche quelli abbandonati o randagi, si comportino come i propri. Questo eccesso di fiducia va mitigato spiegandogli la differenza tra un animale domestico, un animale allenato a far la guardia e un animale inselvaticato. Se il bambino invece non ha la minima confidenza con gli animali, rischia di assumere comportamenti sbagliati, sia perché non li conosce, sia per paura. Gli va perciò spiegato che le bestie sono esseri viventi, che non sono peluche, che vanno trattati con attenzione e con rispetto e, allo stesso tempo, bisogna cercare di aiutarlo a superare la paura.



Comportamenti da insegnare

Il bambino, abituato o meno a interagire con gli animali, deve essere educato ad adottare comportamenti che limitino il rischio di aggressioni o di reazioni pericolose da parte delle bestie e a riconoscere i segnali che l'animale trasmette per comunicare uno stato di paura, diffidenza e aggressività.



CONSIGLI PRATICI

Primo soccorso

Conoscere le principali manovre da effettuare in caso di incidente in permesso di aiutare vostro figlio o chiunque si trovi in difficoltà in vostra presenza: dedicate un po' del vostro tempo a imparare le regole basilari del primo soccorso oppure ripassatele se già le conoscete.

Di seguito potete trovare alcune informazioni sulle manovre di rianimazione da effettuare in caso di gravi situazioni. Le indicazioni, tratte dalle linee guida ILCOR 2015 e specificatamente dell'American Heart Association (AHA), sono esposte in forma schematica per facilitare l'apprendimento. Per chi è interessato, esistono molti libri sull'argomento e potete anche prendere in considerazione la possibilità di frequentare un corso di primo soccorso o Pediatric Basic Life Support (Defibrillation (PBL) o PBLSD): imparare a prestare aiuto in una situazione difficile potrebbe permettervi di salvare la vita non solo a vostro figlio, ma anche ad altre persone.

Non è facile, ma la cosa principale è non perdere la calma. Il miglior modo per non perdere nei momenti di difficoltà consiste nell'acquistare automatismi di comportamento attraverso sequenze logiche di atti da compiere, uno di seguito all'altro: in questo modo non si rischia di dimenticare ciò che si deve e si può fare. Però, imparate a memoria ed esercitatevi fin d'ora a ricordare alcune sequenze di manovre di rianimazione, importantissime per prestare un primo soccorso. Quanto esposto di seguito **NON** sostituisce in alcun modo il corso e la conseguente certificazione.

NOTA BENE: 118 o 112?

Il 112 è il nuovo numero unico per contattare i servizi di emergenza in tutta l'Unione Europea. In Italia in particolare è possibile, con questo numero, mettersi in contatto con Polizia, Carabinieri, Soccorso Sanitario e Vigili del Fuoco.

Il più conosciuto 118 resta comunque operativo, quindi se chiamate questo numero risponderà comunque un operatore (la chiamata viene comunque deviata sul numero 112).

Le manovre di disostruzione



Disostruzione da corpo estraneo rappresenta ancora oggi uno degli incidenti più frequenti nei bambini, soprattutto al di sotto dei 4 anni. Secondo i recenti statistiche, il 27% delle morti accidentali di bambini sotto i 4 anni è infatti provocata da soffocamento da corpo estraneo, nel 75% cibo e nel restante 25% giochi o altri.

Importante quindi la prevenzione, che nella catena della sopravvivenza pediatrica, rappresenta il primo anello e il più importante per cercare di evitare gli incidenti di soffocamento. Nel bambino ci sono anche delle motivazioni anatomico-fisiologiche che favoriscono tale incidente, ovvero

prudenza o pigrizia da parte di chi sorveglia i bambini: capita infatti che in una casa siano presenti due bambini di diversa età e che i loro giochi si trovino nella stessa stanza, con alta probabilità che il bambino più piccolo venga in possesso di un giocattolo non adeguato alla sua età.

Vi sono alcuni oggetti nelle nostre case più pericolosi di altri, spesso presenti in incidenti anche molto gravi: sarebbe importante memorizzarli per evitare di lasciarli in giro per casa.

1. **Tappi delle penne** (meglio quelli aperti in punta)
2. **Bottoni** (attenzione ai caverotti facilmente accessibili in casa)
3. **Palloncini sgonfi** (mai alle feste di bimbi)
4. **Monete** (pericolosissime)
5. **Giocattoli o parti di essi** (caste giochi separate se più figli)
6. **Pile al litio** (mai in casa se non sotto chiave)
7. **Graffette**
8. **Tappi delle bottiglie.**



Una menzione particolare

Le pile al litio, che spesso a un bimbo sembrano caramelle e che fanno la forma di un "disco" apparentemente innocuo, invece, anche scarse, possono procurare danni gravissimi se inalate o ingerite, in quanto liberano gli ioni che distruggono i tessuti gastrointestinali in poco tempo.

Purtroppo bisogna dire che il 60% degli incidenti da soffocamento avviene mentre il bambino è supervisionato da un adulto.

E allora perché queste drammatiche cifre? Perché al momento dell'incidente, chi si trovava vicino al bambino non sapeva cosa fare, agendo in modo incontrollato ed errato e provocando spesso un peggioramento della situazione.

Ecco quindi agli altri anelli della catena della sopravvivenza, ovvero il riconoscimento di un'emergenza, l'allertamento dei sistemi medici di emergenza (112/118) e la corretta esecuzione di semplici manovre salvavita ovvero manovre di disostruzione da corpo estraneo, secondo le linee guida internazionali ILCOR 2015 (International Liaison on Committee Resuscitation), che sono alla portata di tutti.

Le manovre variano a seconda che vi troviate di fronte ad un lattante, ovvero un bambino fino all'età di 12 mesi, del peso di circa 10 kg e della lunghezza di 75 cm o di un bambino dopo l'anno di età.



Ostruzione parziale delle vie aeree

In caso di **ostruzione parziale** delle vie aeree, ovvero il bambino o lattante può respirare, piangere, tossire, non fate assolutamente nulla, **incrociate le mani e tostate** per favorire l'espulsione del cibo o corpo estraneo che ha provocato l'ostruzione parziale.

Ostruzione completa delle vie aeree

Si procede diversamente nel lattante e nel

bambino.

LATTANTE

Nel momento in cui vi rendete conto che il lattante non respira, non piange, non tossisce e cambia colore, la prima cosa da fare è allertare i sistemi medici di emergenza, chiamando il 112/118. Quindi ecco come procedere:

- 1) **Con la mano assicurarsi il capo del lattante fissando la mandibola tra pollice e indice** posizionati a "C".

- 2) **Posizionare il lattante prono** (pancia in giù) sull'avambraccio.
- 3) **Posizionare a sua volta l'avambraccio sulla coscia dello stesso lato**, per garantirne la stabilità e far sì che le manovre siano efficaci.
- 4) **Effettuare subito le manovre di disostruzione** ovvero 5 colpi interscapolari con via di fuga laterale onde evitare possibili traumi al cranio.

- 5) **Girare il bambino sull'altro avambraccio**, sempre a capo declive, assicurandolo sul piano rigido formato da avambraccio e coscia.

- 6) **Visualizzare una linea immaginaria tra i due capezzoli del lattante**, **posizionare due dita (indice e medio) al di sotto dello sterno** subito sotto tale linea ed eseguire 5 compressioni toraciche lente e profonde.

- 7) **Alternavo le 5 pacche interscapolari alle 5 compressioni toraciche** fino a quando non si risolve l'ostruzione o il bambino diventa incosciente: in questo caso insistete il protocollo di rianimazione cardiopolmonare che si può imparare nei corsi certificativi BLS/PBLSD e Primo Soccorso pediatrico.

COSA NON FARE IN MODO ASSOLUTO

- 1) **Scuotere il bambino**
- 2) **Metterlo a testa in giù**
- 3) **Mettere il dito in bocca**

OSTRUZIONE COMPLETA DELLE VIE AEREE NEL LATTANTE COSCIENTE

IL LATTANTE NON RIESCE A PIANGERE, TOSSIRE E/O PARLARE DIVENENDO RAPIDAMENTE CIANOTICO

FREDA DELLA MANDIBOLA

5 COLPI INTERSCAPOLARI CON VIA DI FUGA LATERALE

GIRARE IL LATTANTE

5 COMPRESIONI LENTE E PROFONDE

ATTIVA SUBITO 112 SOS

CONTINUARE FINO A: + DISOSTRUZIONE AVVENUTA + LATTANTE INCOSCIENTE



BLS PEDIATRICO

ALLARME PRECOCE

- 1- CHIAMARE AIUTO A VOCE ALTA OPPURE SE SE SOLO SERVIRSI DEL PROPRIO CELLULARE PER ATTIVARE IL SISTEMA MEDICO DI EMERGENZA (112 O 119)
- 2- SE POSSIBILE INVIARE QUALCUNO A CHIAMARE I SOCCORSI AVANZATI
- 3- SE SOLO O NON SI RICEVE RISPOSTA, ESeguire 2 MINUTI DI RCP PRIMA DI ARRIVARE E SOCCORSO AVANZATO



dolo delicatamente, oppure con degli stimuli dolorosi, come pizzicare i lobi auricolari o la muscolatura delle spalle all'altezza del margine esterno del muscolo trapezio, chiamando a voce alta e guardando se il torace si espande normalmente.

Un respiro agonico, il cosiddetto Gasping, non è considerato un respiro normale. Se il lattante non è cosciente e non respira, chiamate aiuto a voce alta, oppure, se siete soli, usate il telefono cellulare e iniziate quindi immediatamente le manovre di rianimazione cardio-polmonare.

Per eseguire correttamente le manovre di rianimazione cardio-polmonare porre il lattante in posizione supina (a pancia in su) su di un piano rigido (anche un tavolo se presente), scoprire il torace e allineare il corpo facendo attenzione, in caso di trauma, a mantenere in asse testa, collo e colonna vertebrale.

Nel lattante, così come nel bambino e nell'adulto, si preferisce la sequenza C-A-B, ovvero quella ormai utilizzata dal 2010, in cui le compressioni toraciche (ovvero C-Circulation) precedono la pervietà delle vie aeree A - Airway e la respirazione B - Breathing.

Una volta che il lattante è supino, posizionato su un piano rigido e con il torace scoperto e in asse, potrete iniziare le manovre di rianimazione cardio-polmonare.

Compressioni toraciche - C

Porre due dita perpendicolari nella metà inferiore dello sterno al di sotto della linea intermamillare, ovvero la linea che idealmente unisce i capezzoli, stando attenti a non comprimere la punta dello sterno o le costole (A). Infatti in caso di compressioni in punti sbagliati, potrebbero verificarsi fratture sternali o costali.

000

BLS PEDIATRICO

BLS NEL LATTANTE

- ✓ POSIZIONE SUPINA
- ✓ PIANO RIGIDO SOLLEVATO
- ✓ ALLINEARE IL CORPO
- ✓ SCOPRIRE IL TORACE

MANO SULLA POCHE
E ALTA CON 2 DITA
AL CENTRO DEL TORACE

- * POSIZIONE NEUTRA DELLA TESTA
- * PROFONDETTÀ COMPRESIONE: almeno 1/3 del diametro del torace
- * FREQUENZA COMPRESIONI: 100 al minuto (max 20)

Compressioni 2 DITA
Profondità: CIRCA 4 CM
(illicemente tecnica compressi)

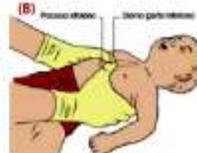


ONE RITA AL CENTRO DEL TORACE NELLA LINEA INTERMAMILLARE

Per ottenere delle compressioni toraciche efficaci che possano ripristinare un flusso di sangue sufficiente alle cellule per rimanere in vita, evitando quindi di far rimanere il cervello in assenza di ossigeno, bisogna **comprimere per circa 4 cm, a una velocità di 100/120 compressioni al minuto: 30 compressioni in 15/18 secondi**, con un rapporto compressione/soffiato 1:1, ovvero consentendo la completa riperfusione del torace dopo ogni compressione.



Esiste anche un'altra tecnica detta "a due mani", nella quale si abbraccia con le mani il torace del lattante posizionando i polsi sulla parte inferiore dello sterno per le compressioni (B). Tale tecnica si può utilizzare se si è in due soccorritori.



000

Genitori oggi: i trucchi del mestiere

LA SICUREZZA A TAVOLA



COME SI ESEGUE LA "MANOVRA SALVAVITA"

Prevenzione primaria Sicurezza a Tavola



Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

Piercarlo Szalai, Pediatra, Milano. Responsabile Gruppo di sostegno alla Genitorialità della SIPPS, Divulgatore medico-scientifico.

Francesco Pastore, Pediatra di Famiglia, Marina Franca (TA). Formatore nazionale BLS/D/PBLS/D.

Marco Sgacclarini, Medico, Roma. Nominato Esperto presso il "Consiglio Superiore di Sanità per le tecniche rianimazione cardio-polmonare pediatriche".

Copyright © 2018
Finito di stampare nel mese di 2018

0281-88-6135-1001-X
078-88-6135-1001-X

EDITEAM Gruppo Editoriale
www.editeam.it - info@editeam.it

Progetto Grafico: EDITEAM Gruppo Editoriale
Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, trasmessa o memorizzata in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo senza il permesso scritto dell'Editore.
L'Editore declina, dopo attenta e ripetuta correzione delle bozze, ogni responsabilità derivante da eventuali errori di stampa, peccato sempre possibile. I contenuti del presente Vademecum non costituiscono i consigli del proprio medico che va sempre consultato.



| ALIMENTI MOLLI O SCIVOLOSI | |
|----------------------------|---|
| | UNA rimuovere i semi e tagliare gli anelli nel senso della lunghezza |
| | CHIAVE rimuovere il nocciolo e tagliare in quattro parti |
| | WURSTEL tagliare in quattro parti nel senso della lunghezza e poi in pezzetti più piccoli. Evitare il taglio trasversale (a rondella) |
| | FRAGOLE E FRUTTA A GUSCIO ammazzare in piccoli frammenti |
| | MOZZARELLA tagliare in piccoli pezzetti; evitare di aggiungerla come ingrediente a piatti caldi (quando fonde può inglobare altri componenti) |
| | POMODORI E OLIVE tagliare in quattro parti (non a metà) ed eventualmente in pezzetti più piccoli |
| | KIWI tagliare il frutto nel senso della lunghezza e poi ricavare pezzetti più piccoli (evitare il taglio a rondella) |
| | DA EVITARE: CARAMELLE GELATINOSE E CONFETTI |

| ALIMENTI DURI O SECCHI | |
|------------------------|--|
| | CANOCHE tagliare nel senso della lunghezza e poi in pezzetti più piccoli. Evitare il taglio trasversale (a rondella) |
| | FRECCIOLO CRUDO, PISELLI cliccare i filamenti e tagliare in piccoli pezzi |
| | NOCI ammazzare in piccoli pezzi |
| | DA EVITARE: POPCORN, CARAMELLE DURE, FRUTTA CANDITA |

| ALIMENTI APPICCIICOSI O COLLOSI | |
|---------------------------------|---|
| | CARNE O PEZZI DI FORMAGGIO tagliare in piccoli pezzetti |
| | PRODOTTO CRUDO rimuovere il grasso, evitare la fetta intera, che deve essere ridotta a piccoli pezzetti |
| | BURRO, FORMAGGI DURI sguarnire sul pane (evitare il cuochiano) |
| | MELA, PERA tagliare in pezzetti piccoli, grattugiare nel primo anno di vita |
| | PESCA, PRUGNA, SUGNA rimuovere il nocciolo; tagliare in pezzetti piccoli, frullare o omogeneizzare |
| | UVETTA E FRUTTA SECCA (NOI, SEMI, ETC.) tagliare in pezzetti piccoli |
| | DA EVITARE: CARAMELLE DORMIRE, GOMME DA MASTICARE, MARSHMALLOW |

| ALIMENTI SOLIDI E SEMISOLIDI | |
|------------------------------|--|
| | GRUCCHIE evitare l'abbellimento a foraggi che possono sciogliersi e creare l'effetto colla |
| | PASTA tagliare i formati più piccoli |

STRATEGIE PER DIMINUIRE LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI



SICUREZZA PASSIVA

Interventi tendenti ad individuare la fonte del pericolo e a mettere in atto misure per modificarlo o eliminarlo:

- interventi legislativi
- programmi rivolti a gruppi a rischio (distribuzione gratuita di dispositivi di sicurezza)



RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DA INCIDENTE

GIULIANA ROCCA

**STRATEGIE PER DIMINUIRE
LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI**



SICUREZZA ATTIVA

Interventi tendenti ad indurre un comportamento sicuro

Con programmi tendenti ad istruire le persone



**MINORE EFFICACIA SU INDIVIDUI APPARTENENTI
AGLI STRATI SOCIALI PIU' BASSI**

GIULIANA ROCCA

PERCORSO PREVENTIVO

Adattabile in rapporto alle caratteristiche di singole realtà

1. Sensibilizzazione della coppia al problema della sicurezza domestica con interventi da attuare in occasione dei corsi di preparazione alla nascita
2. Mantenimento della sensibilizzazione al tema durante i bilanci di salute che accompagneranno il bambino fino all'età dei 14 anni (informazioni sulla prevenzione degli incidenti, rilascio di materiale informativo privilegiando le famiglie a rischio)
3. Promozione della sicurezza durante tutto l'arco dell'età evolutiva da parte del Pediatra di famiglia, che conoscendo a fondo la famiglia è in grado di mirare gli interventi preventivi riducendo così l'impatto dovuto alle disuguaglianze sociali
4. Interventi di sensibilizzazione da parte della scuola
5. Coinvolgimento della famiglia

**LA PREVENZIONE DEGLI
INCIDENTI NELL'INFANZIA
E' ANCHE UN NOSTRO PROBLEMA**

Dietrich, Clin Ped North Am, 1954