

5. Promuovere la Sicurezza

In un'ottica di promozione di una cultura della prevenzione e dell'attenzione all'infanzia, nella presente edizione del manuale si è provveduto ad integrare in un unico contenitore relativo agli incidenti sia le raccomandazioni relative all'uso del seggiolino (cap. 5a) sia quelle relative ad altre forme di prevenzione dell'incidentalità, a partire da quella domestica (cap. 5b)^a. Questi due filoni vengono comunque trattati in modo distinto, anche per l'elevato grado di complessità e per la numerosità degli accorgimenti che l'operatore dovrebbe suggerire al genitore nell'ottica di empowerment propria della Campagna di GenitoriPiù.

Come in ogni altro intervento di prevenzione e promozione della salute, le azioni proposte dagli operatori alle famiglie per la prevenzione degli incidenti, dovrebbero derivare da una accurata analisi delle priorità, ricavate da dati epidemiologici rigorosi ed aggiornati. Purtroppo nel caso di molti programmi di salute pubblica, e in particolare proprio sulla prevenzione degli incidenti^b, la raccolta di dati risulta complessa, diversificata nelle modalità di rilevamento, tra paesi diversi e all'interno degli stessi, disomogenea nelle aggregazioni/disaggregazioni per classi di età e per tipologie di incidenti, con conseguente scarsa confrontabilità dei dati stessi, che, oltretutto, sono sovente sorpassati.

La conoscenza del dato permetterebbe di costruire per gli operatori criteri di priorità per i loro interventi, secondo il loro ruolo e la loro posizione nel percorso nascita, sempre calati tuttavia nel contesto operativo di quel territorio e di quella popolazione di riferimento. Premesso che i dati da cui si parte per una analisi dell'incidentalità sono dati relativi alla Regione Europea, la loro lettura va sempre riferita al livello socio-culturale, alle abitudini, agli stili di vita dei vari paesi.

Gli incidenti rappresentano la principale causa di morte nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 0-19 anni nei paesi più ricchi della Comunità Europea^c. In Italia rappresentano il 19.3% dei decessi nella stessa fascia di età (ISTAT, 2009) e se si esclude la mortalità nel primo anno di vita (§ tabella 1), gli infortuni accidentali rappresentano il 39% di tutti i decessi di bambini e adolescenti (ISTAT, 2009).

L'*European Report on Child Injury Prevention* (2008), documento redatto per orientare le politiche di sanità pubblica a partire dai dati disponibili, rileva che ogni anno, nella Regione Europea, quasi **42.000** bambini e ragazzi di età compresa tra 0-19 anni muoiono per lesioni non intenzionali.

^a L'inserimento nel presente manuale di un capitolo sulla sicurezza in casa è stato accompagnato in parallelo da una positiva collaborazione operativa con i colleghi impegnati sul campo nel progetto CCM sugli incidenti domestici.

^b Usualmente si distingue tra incidenti intenzionali e non-intenzionali: in questo capitolo ci si riferisce a quest'ultimi.

^c *European Child Safety Alliance di EuroSafe, 2009.*

Tabella 1. Prime 10 cause di morte per età – Maschi e Femmine – Italia, 2006.

	ETÀ (ANNI)											
	0		1-2		3-4		5-9		10-14		15-19	
	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N	gruppi di cause	N
1	Condizioni perinatale	1.139	Malformazioni congenite	60	Tumore	59	Tumore	104	Tumore	97	Traumatismi e avvelenamenti	640
2	Malformazioni congenite	573	Traumatismi e avvelenamenti	38	Traumatismi e avvelenamenti	30	Traumatismi e avvelenamenti	50	Traumatismi e avvelenamenti	73	Tumore	135
3	Cause mal definite	59	Tumore	27	M. sistema nervoso	15	M. sistema nervoso	22	M. sistema nervoso	31	Cause mal definite	44
4	M. sistema nervoso	41	M. sistema nervoso	20	Malformazioni congenite	15	Malformazioni congenite	16	Malattie del sistema circolatorio	18	Malattie del sistema circolatorio	41
5	Malattie del sistema circolatorio	40	M. infettive	15	Malattie del sistema circolatorio	8	Malattie del sistema circolatorio	14	Malformazioni congenite	18	M. sistema nervoso	36
6	M. infettive	31	Malattie del sistema circolatorio	13	M. endocrine	7	Mal. sangue	11	M. endocrine	16	Malformazioni congenite	26
7	M. app. digerente	31	M. endocrine	12	M. infettive	6	Cause mal definite	11	M. infettive	9	M. infettive	19
8	M. sist respiratorio	29	Cause mal definite	10	Cause mal definite	5	M. endocrine	10	M. sist. respiratorio	8	M. sist respiratorio	15
9	Traumatismi e avvelenamenti	28	M. sist respiratorio	9	M. app. digerente	4	M. infettive	9	Cause mal definite	8	M. endocrine	14
10	M. endocrine	25	M. app. digerente	7	Mal. sangue	2	M. sist. respiratorio	5	Mal. sangue	7	Mal. sangue	11

Fonte: ISTAT. Cause di morte. Anno 2006. (http://www.istat.it/dati/dataset/20090302_00/)

Il rapporto conferma che gli infortuni sono la principale causa di morte nei bambini di età 5-19, sotto questa età rimane la principale causa di morte nei Paesi più ricchi mentre nei Paesi più poveri, nella fascia d'età 0-4, assumono più peso altre cause di mortalità infantile. In ogni caso 35.000 di questi decessi (5 su 6) si verificano in paesi a basso e medio reddito. Le disuguaglianze si registrano anche all'interno dei singoli paesi dove indipendentemente dalla ricchezza complessiva, sono più esposti i bambini che fanno parte dei gruppi più svantaggiati.

Davanti al problema delle disuguaglianze è necessario ricordare che oltre alle differenze socio-culturali, ogni intervento va calibrato a partire dalla conoscenza delle risorse e dalle condizioni strutturali in cui vive la famiglia (case affollate, aree di gioco poco sicure, esposizione al traffico, reddito insufficiente per acquistare dispositivi di sicurezza, ecc.) Le cause di morte da eventi non intenzionali, in ordine di frequenza, nei bambini e adolescenti sono: incidenti stradali, annegamento, avvelenamento, ustioni e cadute. (§ Tabella 2).

Tabella 2. Mortalità annuale per cause non intenzionali in bambini e adolescenti UE.

Cause di mortalità per:	Numero morti/anno	Proporzione paesi poveri/ricchi
Incidenti stradali	16.000	3 volte
Annegamento	5.000	20 volte
Avvelenamento	3.000	30 volte
Ustioni	1.700	85 volte
Cadute	1.500	22 volte

I dati di mortalità in Italia (§ tabella 3) evidenziano che nel 2006 gli incidenti stradali rappresentavano il 75% di tutti i decessi per traumi accidentati tra bambini e adolescenti, mentre le cadute accidentali erano il 4%.

Tabella 3. Cause di morte in bambini e adolescenti in Italia nel 2006.

Classificazione dei traumatismi e avvelenamenti per classi di età-maschi e femmine. Italia 2006							
	Età						Totale
	0	1-2	3-4	5-9	10-14	15-19	
Cause non intenzionali	21	36	28	45	68	567	765
Incidenti stradali	8	17	11	29	48	465	578
Cadute accidentali	2	3	2	3	3	20	33
Avvelenamento accidentale	0	1	0	0	0	7	8
Causa non nota	11	15	15	13	17	75	146

Fonte: ISTAT. Cause di morte. Anno 2006. (http://www.istat.it/dati/dataset/20090302_00/)

Va considerato che le morti sono solo la punta dell'“iceberg incidenti” con un dato sommerso ben più elevato di ricoveri in ospedale per disabilità, anche permanenti, e di richieste di assistenza ambulatoriale a causa di infortunio. Una stima del *Consumer Safety Institute* riporta per ogni decesso 150 ricoveri ospedalieri, 2700 visite in Pronto Soccorso e 4900 visite presso gli studi medici^d. Nella regione Lazio per ogni decesso in fascia di età 0-19 per traumi o avvelenamenti accidentali, risultano 77 ricoveri ospedalieri e 1660 accessi in pronto soccorso^e.

L'*European Report on Child Injury Prevention* sottolinea inoltre quanto i bambini siano particolarmente vulnerabili agli infortuni ed abbiano bisogno di un'attenzione particolare per salvaguardare il loro diritto alla salute e ad un ambiente sicuro. Risulta infatti una forte associazione tra incidente ed età del bambino, il suo stadio di sviluppo, il suo livello di interazione con il mondo e il tipo di attività in cui è impegnato: l'operatore pertanto dovrebbe sempre ricordare che il bambino non è un piccolo adulto e tuttavia si trova a vivere in un ambiente costruito per gli adulti.

Un'ulteriore iniziativa europea, “Piano d'azione per la sicurezza dei bambini”, guidata dal *European Child Safety Alliance di EuroSafe*, nel 2009 ha redatto un rapporto sulla sicurezza dei bambini (*The Child Safety Report Card*, ultimato nel luglio 2008), per fornire un punto di partenza e per misurare i progressi rispetto alla riduzione della mortalità e della disabilità causati da incidenti tra i bambini e gli adolescenti in 24 Paesi in Europa.

Rispetto agli altri Paesi che partecipano a questo progetto, i tassi di mortalità dei bambini e adolescenti italiani a causa di incidenti, utilizzando i dati disponibili più recenti, pone l'Italia rispettivamente al 9° posto su 24 per i maschi e 6° posto su 24 per le femmine. Le lesioni e i decessi in bambini e adolescenti in Italia nel 2003 rappresentavano oltre 66.000 anni potenziali di vita persi (PYLL^f), di cui quasi 59.000 PYLL per le lesioni non intenzionali con una perdita rilevante del loro contributo potenziale alla crescita della comunità, non solo demografica ed economica.

Considerati nel loro insieme (incidenti in auto, a piedi, in bicicletta, ecc.) gli incidenti stradali continuano ad essere la principale causa di morte, specie nella fascia d'età tra i 15 e i 19 anni, tuttavia anche altre cause contribuiscono in modo significativo ai decessi per incidenti (§ tabella 4).

d http://ec.europa.eu/consumers/cons_safe/presentations/20-02/sethi.pdf.

e Comunicazione personale di Sara Farchi - ASP Lazio.

f *Potencial Years of Life Lost*.

Tabella 4. Tassi di mortalità per incidenti non intenzionali, per specifiche cause relative ai bambini e adolescenti 0-19 anni (dati medi dal 2001 al 2003) della U.E.

	TASSI DI MORTALITÀ PER INCIDENTI /100.000			
	MASCHI		FEMMINE	
	0-14 ANNI	15-19 ANNI	0-14 ANNI	15-19 ANNI
Conducenti di motocicli	0.05	1.15	0.0	0.07
Conducenti di auto o passeggeri	0.14	2.83	0.10	0.57
Pedoni	0.50	0.61	0.33	0.50
Ciclisti	0.12	0.47	0.05	0.14
Annegamenti	0.46	1.46	0.24	0.35
Cadute	0.31	1.26	0.18	0.28
Incendi, ustioni e scottature	0.05	0.15	0.10	0.07
Avvelenamenti	0.05	0.24	0.04	0.11
Soffocamento/strangolamento	0.43	0.13	0.23	0.00

Il rapporto fornisce infine anche indicazioni sul livello delle iniziative relative alla sicurezza dirette ai cittadini più giovani e più vulnerabili nei vari paesi U.E.

Da questo rapporto emerge che l'Italia ha fatto un buon lavoro nell'affrontare i problemi di sicurezza per bambini e adolescenti nell'utilizzo del ciclomotore/motorino. Altri settori tuttavia non hanno ricevuto la stessa attenzione, quali la sicurezza stradale (trasporto in auto, in bicicletta e sicurezza dei pedoni) e la sicurezza in casa e dintorni. Dalla valutazione emerge che in tutti questi ambiti di intervento si può fare di più con politiche e programmi di attuazione fondati su evidenze, finanziando misure di prevenzione in un approccio combinato, di formazione, riorganizzazione e applicazione di norme e di regolamenti, in un'ottica fortemente intersettoriale.

Sempre secondo questo rapporto l'Italia si confronta, accanto alle opportunità fornite dalla regionalizzazione, con la necessità di trovare comunque un disegno unitario nazionale che coordini gli sforzi locali per affrontare adeguatamente e in modo equo il problema della sicurezza dei bambini e degli adolescenti.

Programmazione multisettoriale, ricerca, supporto alle infrastrutture esistenti e alle attività per la costruzione di capacità e competenza tecniche sono gli elementi su cui creare una forte rete tra i livelli nazionale e regionale al fine di garantire lo scambio di informazioni sulle buone pratiche nella prevenzione degli incidenti.

A cura di: Mara Brunelli, Leonardo Speri

Revisore: Sara Farchi

Riferimenti bibliografici

- *European Child Safety Alliance di EuroSafe "Child Safety Report Card, 2009*, [http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/5C8F06425CA71F7FC12575AC00468122/\\$file/ITALY%20RC%202009.pdf](http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/5C8F06425CA71F7FC12575AC00468122/$file/ITALY%20RC%202009.pdf).
- *European Report on Child Injury Prevention, 2008*, in http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205_2.

5A. Protezione del bambino durante il trasporto in automobile

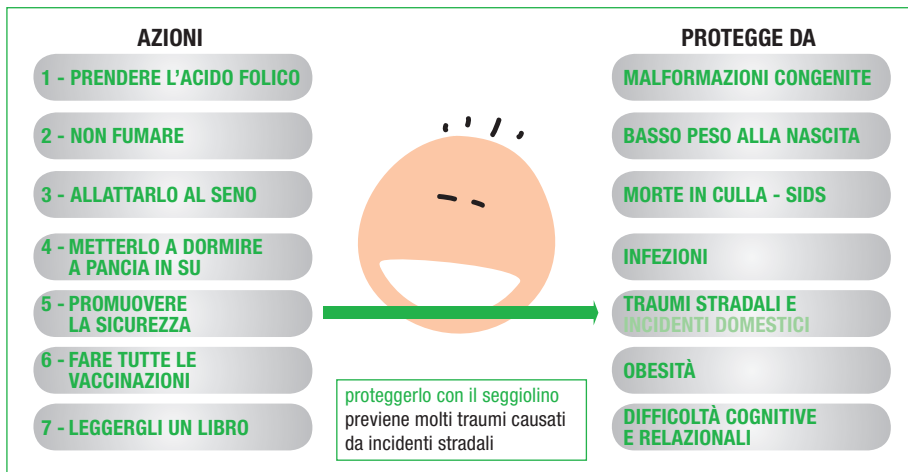
Gli incidenti sono la prima causa di morte nella classe di età 0-14 anni, escluso il periodo perinatale. In circa il 37% dei casi si tratta di incidenti stradali.

- L'utilizzo di dispositivi di protezione per il trasporto del bambino in automobile (seggiolini, navicelle e adattatori) può prevenire traumi e ridurre la mortalità in caso di incidente.
- Una percentuale elevata di automobilisti non li utilizza affatto o non li usa correttamente.
- Gli operatori sanitari dovrebbero informare i genitori sull'importanza di utilizzare i dispositivi e sul loro corretto uso.

Raccomandazioni

I genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:

- Per il trasporto dei bambini in auto è indicato l'utilizzo degli appositi dispositivi di ritenuta (seggiolini, navicelle o adattatori) fissati al sedile del mezzo di trasporto con le normali cinture di sicurezza.
- I dispositivi di ritenuta vanno utilizzati sin dai primi giorni di vita e anche per brevi tragitti.
- La loro sistemazione sul sedile posteriore (e in senso contrario alla marcia nei bambini con meno di un anno di vita) offre la massima protezione in caso di incidente.
- La scelta del dispositivo di ritenuta da utilizzare deve essere fatta in base al peso del bambino. È importante verificare che il dispositivo utilizzato sia omologato.
- È necessario che siano rispettate tutte le indicazioni per il montaggio riportate sul manuale di istruzione e che il bambino sia sempre allacciato, anche per brevi tragitti.
- Il seggiolino non va sistemato sul sedile anteriore in caso di presenza di airbag dal lato passeggero, a meno che questo non sia disattivato.
- Non deve essere utilizzata nemmeno per brevi tragitti la normale culla del bambino, anche se sistemata sul sedile posteriore e fissata con le cinture di sicurezza.
- Il trasporto sul sedile posteriore in braccio ad un adulto non protegge il bambino in caso di incidente ed è vietato dalla legge italiana.
- Dare il buon esempio, utilizzando sempre la cintura di sicurezza, favorisce la disponibilità del bambino ad essere correttamente protetto anche quando è più grande.



1. Alcuni dati sul problema

Secondo le statistiche nel nostro Paese, ogni anno, più di 8000 bambini sotto i 13 anni sono coinvolti in incidenti stradali, con un tasso di mortalità molto elevato.

Dati europei evidenziano un uso non corretto del seggiolino: 90% di uso scorretto sotto i 6 mesi di vita, 60% circa tra i 7 mesi e i 2 anni, 90% tra 3 e 4 anni¹; dati confermati in una successiva ricerca in U.S.A. (94%)².

Per l'Italia sono disponibili pochi dati (ISTAT, Progetto 6+1, PASSI^g) basati sulle dichiarazioni dei genitori. Dal momento che il 25% dei genitori ammette di non usare abitualmente il seggiolino, dato di per sé non buono, possiamo solo supporre che il restante 75% lo usi effettivamente, mentre non abbiamo dati sulla correttezza del suo eventuale utilizzo. La percentuale d'uso sembra comunque diminuire man mano che il bambino cresce.

Nel Veneto è disponibile il dato sulla prevalenza di passeggeri di età apparente inferiore agli 11 anni che utilizzano sistemi di ritenuta (seggolini, cinture di sicurezza unitamente ai cuscini alza-bimbo) all'interno degli autoveicoli, che viene periodicamente stimata attraverso un'indagine su strada svolta nell'ambito del "Programma regionale di prevenzione dei traumi da traffico".

Nell'ultima rilevazione, condotta nell'ottobre 2007, è stata effettuata l'osservazione diretta nei pressi di supermercati, asili nido, scuole dell'infanzia, scuole primarie, distribuiti in tutto il territorio regionale. Sono stati osservati in totale 4735 soggetti. Il 55,1% dei bambini risultano assicurati; il 37,6% privi di dispositivo di ritenuta; il restante 7,3% in braccio ad un adulto.

^g PASSI (Progressi nelle Aziende sanitarie per la Salute in Italia) è uno studio di sorveglianza promosso dal CCM sui fattori di rischio comportamentali e i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. I principali ambiti studiati sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, sicurezza domestica, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. § www.epicentro.iss.it/passi/default.asp.

Stratificando i dati per sito di rilevazione è emerso che sono assicurati: l'80,8% dei bambini dell'asilo nido; il 60,5% dei bambini delle scuole dell'infanzia; il 43% dei bambini delle scuole primarie. Rispetto alla precedente rilevazione, sono aumentati i bambini assicurati in auto, diminuiti quelli privi di dispositivo, ma aumentati quelli in braccio ad un adulto. Mentre si è constatato un aumento dell'uso dei dispositivi di ritenuta in tutti gli ordini di scuola.

Dati raccolti nel Veneto, sempre nel 2007, evidenziano che complessivamente più del 40% *dei bambini* continua a viaggiare in modo *non sicuro (senza dispositivi di ritenuta o in braccio ad un adulto)*, nonostante l'entrata in vigore del nuovo Codice della Strada ("patente a punti", introdotta nel luglio del 2003), anche se possiamo notare un miglioramento rispetto alle precedenti rilevazioni.

In alcune regioni italiane (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio) è stato aggiunto alla Sorveglianza PASSI, nel 2008, un modulo riguardante l'uso dei dispositivi di sicurezza per i bambini. Esso raccoglie alcune informazioni sulla prevalenza d'uso dei dispositivi, sulla tipologia di dispositivo e sulla conoscenza riguardo a campagne di sensibilizzazione sul tema^h. Ne è risultato un utilizzo dichiarato dai genitori piuttosto alto, pari al 79%, con differenze notevoli tra le regioni (Liguria, 88% e Lazio, 70%). Altro dato interessante riguarda l'aver sentito campagne di sensibilizzazione sull'uso dei dispositivi nei bambini. Il 54% delle famiglie ha risposto di aver ricevuto informazioni da tali campagneⁱ.

Un'analisi dei dati del 2007 della regione Lazio ha messo in evidenza che i genitori che utilizzano "sempre" le cinture di sicurezza sono anche quelli che proteggono il bambino con il seggiolino^j. I dati sottolineano alcune priorità sulle quali va data particolare attenzione.

L'utilizzo del mezzo di ritenuta è in generale insufficiente e peggiora in modo preoccupante con l'aumentare dell'età. Persistono false convinzioni come la presunta sicurezza del contenimento in braccio da parte dell'adulto (**un bimbo di 10 Kg in un impatto a 50km/h acquista una forza pari a 200 Kg, impossibile per chiunque da trattenerlo**). L'uso del seggiolino è comunque troppo spesso approssimativo o scorretto e va promosso indipendentemente dal fatto che l'essere seduti sul sedile posteriore sia risultato comunque essere un fattore protettivo in caso di incidente automobilistico (OR 1,7; 95% IC 1,6-2)³.

2. Quali i problemi da affrontare?

Ci sono pertanto due problemi da affrontare: il mancato utilizzo da parte di molti automobilisti dei sistemi di ritenuta durante il trasporto dei bambini in auto e uno scorretto utilizzo degli stessi.

^h La rilevazione verrà estesa a tutte le regioni partecipanti alla sorveglianza PASSI a partire dal 1° gennaio 2010.

ⁱ ref. Passi. I risultati del sistema di Sorveglianza nel 2008. regione Emilia Romagna http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi.htm.

^j <http://www.asplazio.it/home/sanit/files/presentazioni/Trinito.pdf>.

Tali comportamenti sono motivati dalla convinzione che il bambino stia scomodo sul seggiolino, dal presupposto che il trasporto sul sedile posteriore sia comunque sicuro, e dalla mancata percezione del rischio del trasporto quando si tratta di un bambino molto piccolo. Un percorso limitato e spesso cittadino⁴ viene inoltre ritenuto, a torto, più sicuro.

3. Quali benefici nell'utilizzo dei mezzi di protezione?

Con il corretto uso dei meccanismi di protezione sarebbe possibile prevenire una quota importante di mortalità e morbosità legata al trasporto in auto.

È stato infatti stimato che:

1. il corretto utilizzo del seggiolino potrebbe ridurre il rischio di morte da incidente stradale del 69% sotto l'anno di vita e del 47% tra 1 e 4 anni⁵.
2. il 24% dei traumi non fatali in età pediatrica potrebbe essere prevenuto se tutti i bambini fossero correttamente allacciati⁶.
3. il rischio di trauma è 3 volte maggiore nei bambini 0-4 anni non correttamente allacciati rispetto a quelli correttamente allacciati e 5 volte maggiore nei bambini 0-11 non allacciati seduti sul sedile anteriore rispetto a quelli seduti sul sedile posteriore⁷.

Questi dati sono stati recentemente confermati da un ampio studio trasversale realizzato negli Stati Uniti, che ha messo in evidenza come i bambini (di età inferiore ai 16 anni) non allacciati e seduti sul sedile anteriore abbiano il rischio più alto di lesioni in caso di incidente stradale, mentre per quelli correttamente allacciati e posti sul sedile posteriore il rischio sia più basso. I bambini non correttamente allacciati hanno infatti un rischio doppio di lesioni rispetto ai bambini correttamente allacciati, mentre i bambini non allacciati hanno un rischio di lesioni 3 volte maggiore.

Gli autori del lavoro concludono che l'utilizzo di sistemi di ritenuta appropriati per l'età e la loro sistemazione sul sedile posteriore dell'auto sono due fattori che agiscono sinergicamente per fornire la migliore protezione per il bambino in caso di incidente⁸.

4. Cosa dice la legge italiana?

Il trasporto dei bambini sui veicoli è contemporaneamente un tema di salute pubblica e di disciplina stradale ed è *regolato dall'articolo 172 del Codice della Strada* ("Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini") che è stato modificato con l'entrata in vigore, dal 14 aprile 2006, del *Decreto Legislativo 13 marzo 2006 n. 150*.

È possibile riassumere i cambiamenti introdotti dalla nuova norma applicando questa semplice regola: *ogni volta che si occupa un posto a sedere su un veicolo dotato di cinture di sicurezza, è obbligatorio per tutti, conducente e passeggeri, utilizzarle e nel caso di trasporto di bambini (età inferiore ai 12 anni) è obbligatorio adottare i sistemi di ritenuta idonei (seggiolini o adattatori)*. L'articolo 172 modificato prevede infatti che: *"i bambini di altezza inferiore a 1,50 metri devono essere assicurati al sedile con un sistema di ritenuta per bambini, adeguato al loro peso, di tipo omologato..."*.

Non è quindi più possibile trasportare sui sedili posteriori dell'auto bambini di età inferiore ai 3 anni in braccio ad un passeggero adulto, come invece prevedeva originariamente l'articolo.

I dispositivi di ritenuta sono obbligatori per i bambini, dalla nascita fino al raggiungimento di 36 chili di peso: fino a 18 kg si possono usare solo i seggiolini, oltre questo peso si possono utilizzare sia i seggiolini che gli adattatori. Questi ultimi sono dei piccoli sedili che, sollevando il bambino, permettono di usare le cinture di sicurezza dell'auto che altrimenti non sarebbero adatte a proteggere adeguatamente persone alte meno di m. 1,50. (vedi Tabella 1).

Tabella 1. Secondo le nuove normative europee i dispositivi di ritenuta per il trasporto dei bambini in auto sono suddivisi in 5 gruppi^k.

	<p>Gruppo 0 → Bambini fino a 9 mesi o di peso inferiore ai 10 kg. Vanno montati <i>in senso contrario a quello di marcia</i> o in avanti se il bambino pesa almeno 6 kg.</p> <p>In questo gruppo sono comprese anche le “navicelle”, culle protette con cinghie proprie, da fissare con le cinture dell'automobile.</p>
	<p>Gruppo 0+ → Bambini fino a 13 kg. Hanno le stesse caratteristiche di quelli appartenenti al gruppo precedente, ma offrono una protezione maggiore alla testa ed alle gambe.</p>
	<p>Gruppo 1 → Bambini fino a 4 anni o di peso sup. ai 4 kg e non sup. a 18. Sono montati sul sedile posteriore <i>nel senso di marcia</i> e fissati con la cintura di sicurezza del veicolo.</p>
	<p>Gruppo 2 → Bambini fino a 6 anni o di peso compreso tra i 15 e i 25 kg. Cuscini con braccioli omologati (si usano le cinture del veicolo con l'aggiunta di un dispositivo di aggancio che si fissa nel punto in cui la cintura incrocia la spalla).</p>
	<p>Gruppo 3 → Bambini dai 6 ai 12 anni e di peso compreso tra 22 e 36 kg. Cuscini senza braccioli da utilizzare sui sedili posteriori dell'autovettura per aumentare, da seduto, la statura del bambino affinché possa fare uso delle normali cinture di sicurezza.</p>

Va inoltre ricordato che:

- per fissare i dispositivi di ritenuta si utilizzano quasi sempre le cinture di sicurezza del veicolo; è necessario che siano rispettate tutte indicazioni riportate sul manuale di istruzioni;
- lo schienale del seggiolino deve essere ben appoggiato al sedile della macchina e le cinture presenti sul dispositivo devono sempre essere allacciate, anche per brevi tragitti;
- se si decide di collocare il seggiolino sui sedili anteriori occorre fare attenzione al dispositivo air-bag: l'attivazione automatica di questa protezione, in caso d'urto, produce gravi effetti sul bambino. Se il dispositivo è presente occorre quindi disattivarlo temporaneamente; in caso contrario il seggiolino va collocato sul sedile posteriore. La sistemazione

^k Immagini e testo sono tratti dal sito web della Polizia di Stato. <http://poliziadistato.it/articolo/173>.

a fianco del conducente è comunque sconsigliata perché in caso di tamponamento, indipendentemente dal verso di sistemazione, il bambino verrebbe sospinto in avanti con rischio di lesioni. **Il posto più adatto è il sedile posteriore.**

- Il seggiolino o l'adattatore devono essere omologati. I più recenti sono quelli appartenenti a uno dei 5 gruppi di dispositivi costruiti secondo l'ultima normativa europea che riportano sul contrassegno le sigle ECE R44-02 oppure ECE R44-03. Possono essere utilizzati comunque anche i dispositivi omologati secondo la precedente normativa che sono caratterizzati dalla semplice sigla ECE R44 (vedi a fianco un esempio di contrassegno).



Il mancato uso dei seggiolini o degli adattatori attualmente è punito con sanzioni amministrative e con la decurtazione di punti patente al conducente a meno che a bordo del veicolo non siano presenti un genitore o chi esercita la patria potestà sul bimbo^l.

5. Non solo auto

5.1 Per un trasporto sicuro in bicicletta

Il trasporto di bambini fino agli 8 anni è consentito ai soli maggiorenni con l'impiego di un apposito seggiolino (art. 182/5° in relazione all'art. 68/5° c.d.s). Il seggiolino deve essere fissato in modo tale da garantire al conducente la libertà di manovra, di avere una buona visuale e di essere posto in modo da evitare sbilanciamenti del velocipede.

Seggiolino anteriore: consente il trasporto di bambini fino a 15 Kg di peso corporeo. Deve essere collocato tra il manubrio della bicicletta ed il conducente. Può essere fissato al telaio o al piantone o al manubrio della bicicletta (art.377/5°lett. A, regolamento C.d.S).

Seggiolino posteriore: consente il trasporto dei bambini fino ad 8 anni di età oltre i 15 Kg di peso corporeo. Può essere fissato al telaio o al portapacchi della bicicletta (art. 377/5° lett. B, regolamento C.d.S.)

Come deve essere il seggiolino?

Il seggiolino per il velocipede deve essere composto da: sedile con schienale, braccioli (non più necessari per seggiolini posteriori dedicati a bambini di età superiore a 4 anni), sistema di fissaggio alla bicicletta e sistema di sicurezza del bambino (bretelle e struttura di protezione dei piedi). Il fissaggio previsto deve garantire l'ancoraggio del seggiolino alla bicicletta impedendone lo sganciamento accidentale. *Non deve superare la sagoma della bicicletta (art. 225 regolamento C.d.S.).*

5.2 Per un trasporto sicuro in ciclomotore^m in motocicloⁿ

La normativa su questo argomento va considerata in costante evoluzione e per certi versi ancora lacunosa. Ad oggi è consentito solo ai maggiorenni il trasporto di un passeggero

^l Per maggiori informazioni è possibile consultare le pagine web della Polizia di Stato dedicate all'argomento (http://www.poliziadistato.it/pds/stradale/bimbi_auto/index.htm).

^m cilindrata inferiore a 125 cc.

ⁿ cilindrata superiore a 125 cc.

su mezzi esplicitamente omologati per questo, a patto che quest'ultimo sia al di sopra dei 5 anni e che sia in grado di restare autonomamente in sella.

L'art. 170/1° c.d.s dispone che il conducente deve avere libero uso della braccia, delle mani e delle gambe, restare seduto in posizione corretta e reggere il manubrio con entrambe le mani. Quindi non si possono trasportare bimbi che hanno la necessità di essere "tenuti" dal conducente, nemmeno anteriormente in quanto con il loro corpo limiterebbero la libertà di manovra dello stesso.

Recenti modifiche della normativa hanno portato alcune novità nel Codice della Strada: tra queste è stato introdotto all'art. 170 l'esplicito **divieto di trasporto di bambini di età inferiore a 5 anni su motocicli e ciclomotori a due ruote**^o.

Dalla lettura dell'articolo si evince che è possibile trasportare solo bambini di età maggiore ai 5 anni e che per statura possano poggiare i piedi in maniera salda sulle pedane. Sull'utilizzo di eventuali dispositivi di sicurezza su questi mezzi di trasporto non viene fatta menzione contrariamente alla descrizione dettagliata e vincolante riservata ai seggiolini in auto e su velocipedi. Nel vuoto legislativo hanno trovato utilizzo alcuni supporti per bambini che per costruzione e utilizzo si associano all'uso in moto, dispositivi che sono omologati, e di cui vi è libera vendita, ma che ad oggi non sono regolamentati dal codice della strada^p. Conducente e passeggero autorizzato devono comunque indossare un casco protettivo omologato. Allo stato attuale non ci sono dati specifici sull'incidentalità di bambini trasportati su 2 ruote: un richiamo alla responsabilità degli adulti per comportamenti corretti in questo caso specifico, dovrebbe essere l'espressione di un più generale senso di responsabilità nella guida di qualsiasi veicolo, visto che oltre il 20% dei decessi dei bambini per incidenti li vede vittime di investimenti come pedoni o come ciclisti.

Le carenze della legislazione e la conseguente incertezza nell'applicazione di sanzioni, strumento in genere efficace di prevenzione, rendono ancora più necessario il compito dell'operatore sanitario di aiutare i genitori a riflettere sulla responsabilità che assumono quando trasportano il bambino, a superare automatismi, stereotipi o false convinzioni, come il fatto che le braccia materne siano sicure, e ad immedesimarsi nelle dimensioni del proprio bambino e nelle conseguenti condizioni di viaggio. L'uso dei sistemi di protezione si inquadra infatti in una più generale capacità di prendersi cura dei propri figli.

1° edizione a cura di: Luca Ronfani, Mara Brunelli

Revisori: Sandro Cinquetti, Simone Zevrain

Hanno collaborato: Giancarlo Marano, Tommasina Mancuso

Aggiornamento a cura di: Tiziana Menegon, Elena Ciot, Mara Brunelli

Revisore: Sara Farchi

^o Modifica all'art. 170 del C.d.S. apportata dal comma 1bis dell'art. 2 del D.L. n. 117 del 03.08.'07 coordinato con la legge di conversione del 2 ottobre 2007, n.160 recante "Disposizioni urgenti modificative del Codice della Strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione.

^p Interessante conoscere quanto discusso a riguardo da alcuni stakeholders in <http://www.transalp.it/law.php?id=8>.

Il counselling in più

L'uso di misure di protezione durante il trasporto del bambino in auto ed altri mezzi fa parte di quei comportamenti che sono quasi generalmente accettati a livello razionale, ma che nella realtà di vita quotidiana possono essere messi in pratica in modo discontinuo o non sufficiente.

L'atteggiamento mentale che sta alla base del comportamento a rischio in questi casi è del tipo "...per una volta!": situazioni occasionali in cui il seggiolino non è disponibile (uso dell'auto di un parente, di un amico ecc.), momenti di emergenza, di fretta, di distrazione; percorsi brevi in cui il tempo necessario per collocare il bambino nel seggiolino sembra eccessivo.

L'intervento di counselling consiste in questo caso nel riprendere periodicamente, per esempio da parte del pediatra in occasione dei bilanci di salute, con tutti i genitori l'informazione sull'importanza di questa misura protettiva: l'obiettivo è quello di mantenere viva l'attenzione e di evitare che la percezione del rischio si riduca.

Il professionista può periodicamente:

1. Riprendere l'argomento della prevenzione degli incidenti in generale, proponendo ai genitori di dedicare qualche minuto a parlarne insieme
Es: ho l'abitudine di parlare di tanto in tanto ai genitori di prevenzione degli incidenti, perché sono convinto che si può aumentare l'attenzione senza per questo diventare eccessivamente ansiosi.
2. Verificare quali sono le informazioni che quei genitori hanno raccolto, e soprattutto come le ricordano:
Penso soprattutto a misure semplici ma importantissime come l'uso del seggiolino in auto e nei trasporti in generale. A voi chi ne ha parlato prima di me? Proviamo a rivedere insieme le informazioni che avete già?
3. Completare ed eventualmente correggere le informazioni che i genitori riportano:
Es. C'è una cosa da aggiungere e da ricordare sempre: non bisogna mai tenere il bambino in braccio anche per solo per tragitti brevi. Tenere il bambino in braccio durante il trasporto in automobile, infatti, non solo è vietato dalla legge italiana ma non lo protegge in alcun modo dai traumi da incidente. Questo perché, in caso di incidente, il peso del bambino acquisterebbe una forza tale da non consentire al genitore di trattenerlo.
4. Evidenziare e "normalizzare" le eventuali differenze fra i membri della famiglia circa l'attenzione alle misure di protezione:
Spesso in famiglia ci sono alcuni che sono sempre attenti a tutte le precauzioni, magari un po' noiosi, e altri un po' più "sportivi". In casa vostra com'è? Chi potrebbe fare un po' la parte del noioso e cercare di mantenere sempre l'attenzione di tutti a usare il seggiolino?
5. Tenere a disposizione dei genitori volantini informativi che riassumano le regole principali: questo è uno dei casi in cui il ricordo impreciso delle norme (*bisogna metterlo in direzione di marcia o no? Bisogna cambiare il seggiolino a seconda dell'età del bambino o del peso? Quale peso?*) può avere l'effetto di fare abbandonare del tutto il comportamento, che finisce per essere percepito come "troppo difficile da ricordare".

Il professionista sanitario ha la possibilità di utilizzare tecniche di counselling con l'obiettivo educativo generale di sviluppare e mantenere attivo un comportamento genitoriale di attenta vigilanza nei confronti degli incidenti, che contrariamente a quanto si teme non è l'anticamera del comportamento ansioso: la conoscenza precisa, rinforzata da un professionista, dei comportamenti sicuri, contribuisce invece a ridurre gli atteggiamenti ansiosi, che nascono da una percezione diffusa e non circostanziata dei pericoli esterni e dalla convinzione di non avere strumenti per controllarli.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it

"PILLOLE" DI VALUTAZIONE

Utilizzo dei mezzi di protezione in auto

Cosa sanno e come si comportano i genitori

Il 76% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni su questo determinante ma, a differenza di altri argomenti, non si prefigurano dei canali privilegiati per far arrivare queste informazioni ai genitori. Infatti analizzando dove i genitori hanno ricevuto le informazioni si registra la seguente situazione:

Ambulatorio ostetrico-ginecologico	Medico di famiglia	Corso pre-parto	Ospedale / Punto nascita	Ambulatorio pediatrico	Altro
10,8%	9,1%	27,3%	21,0%	29,4%	32,0%

C'è quindi una frammentazione dell'informazione tale per cui la *moda statistica* cade nella categoria "altro". C'è forse da interrogarsi su quale debba essere il canale informativo privilegiato, analizzando e tenendo conto dei diversi sistemi organizzativi delle singole realtà territoriali.

Questa tematica sembra essere tra le più consolidate nelle conoscenze dei genitori. Infatti oltre il 50% dei genitori che hanno aderito alla rilevazione posseggono conoscenze teoriche corrette sull'utilizzo dei seggiolini in auto, come dimostra la tabella che segue:

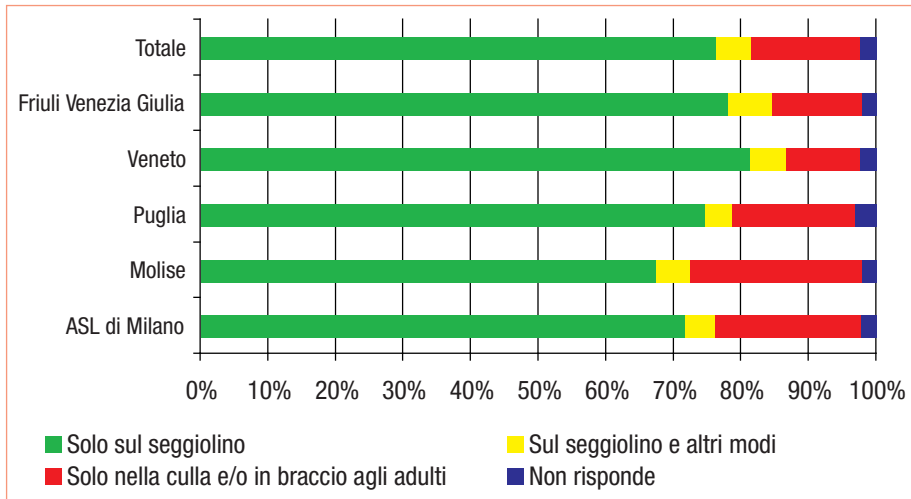
Quali delle seguenti affermazioni sono vere secondo il codice della strada? (fra parentesi la risposta corretta)	% risposte corrette
Per trasportare un bambino nel sedile anteriore bisogna che il seggiolino sia disposto in senso contrario alla marcia e che sia disattivato l'airbag. (Vero)	85,7%
I bambini con meno di 1 anno di vita possono sempre essere trasportati sul sedile posteriore utilizzando un seggiolino. (Vero)	69,1%
I bambini possono essere trasportati sul sedile posteriore, tenuti in braccio da un adulto. (Falso)	81,2%

Il 52,4% (n=3051) dei genitori risponde correttamente a tutte e 3 le domande.

Le modalità corrette di trasporto dei bambini durante i tragitti in automobile sembrano quindi essere delle conoscenze consolidate. Tuttavia, più del 30% dei genitori non sa che i bambini con meno di un anno di vita possono in ogni caso essere trasportati sul sedile posteriore dell'auto utilizzando l'apposito seggiolino e ancora un 19%, quindi un genitore ogni 5, ritiene sicuro trasportare un bambino in braccio ad un adulto sul sedile posteriore. La correttezza delle informazioni in possesso dei genitori è fortemente influenzata dalla regione di provenienza. Infatti la percentuale di genitori che danno tutte le risposte corrette passa dal 61% nell'ASL città di Milano (con Veneto e Friuli Venezia Giulia che fanno registrare percentuali simili anche se inferiori) a circa il 41% della Puglia.

Passando ad analizzare i comportamenti dei genitori coinvolti nella rilevazione, si evidenzia un comportamento corretto con il bambino sempre assicurato al seggiolino in circa il 76% dei casi. Il che significa che ad oggi un bambino su quattro non viene trasportato in modo sicuro in auto.

Grafico 1. Comportamento dichiarato sulle modalità di trasporto in auto dei bambini



Ancora una volta la variabile territoriale gioca un ruolo importante nel determinare la correttezza dei comportamenti. Nel caso del trasporto sicuro in auto, le percentuali più basse di utilizzo esclusivo del seggiolino sono state registrate da genitori residenti nel Molise e nella ASL di Milano, dall'altro lato si collocano i genitori del Veneto e del Friuli Venezia Giulia. È interessante notare come in questi territori siano già state realizzate campagne nel passato su questa tematica.

Inoltre sembra non esserci un collegamento sempre diretto tra conoscenza teorica e comportamento. Infatti l'ASL di Milano fa registrare contemporaneamente la più alta % di risposte corrette alle domande sulle conoscenze teoriche e una delle percentuali più basse relativamente al comportamento adottato concretamente con il proprio bambino. Andrebbero quindi analizzate altre variabili, legate ad esempio alle abitudini familiari come l'uso della cintura in auto, o ad altri elementi noti, quali la sottovalutazione circa l'incidentalità urbana e alla diminuita percezione del rischio in caso di tragitti corti.

Andando poi ad analizzare quest'ultimo dato sulle modalità di trasporto in auto secondo le abituali variabili socio-demografiche a nostra disposizione (facendo riferimento alla sola modalità "solo sul seggiolino") emergono le seguenti differenze:

- in base all'ordine di nascita del bambino: si passa dal 73,0% dei primi figli all'80,5% dei bambini non primogeniti;
- in base all'età della madre: si passa dal 71,1% delle madri con meno di 25 anni al 78,6% di quelle con più di 39 (e il trend è sempre crescente dalla fascia di età più bassa alla più alta);
- in base alla cittadinanza della madre si passa dal 65,5% delle extra-europee al 77,5% delle italiane, e al 71,2% delle europee non italiane.

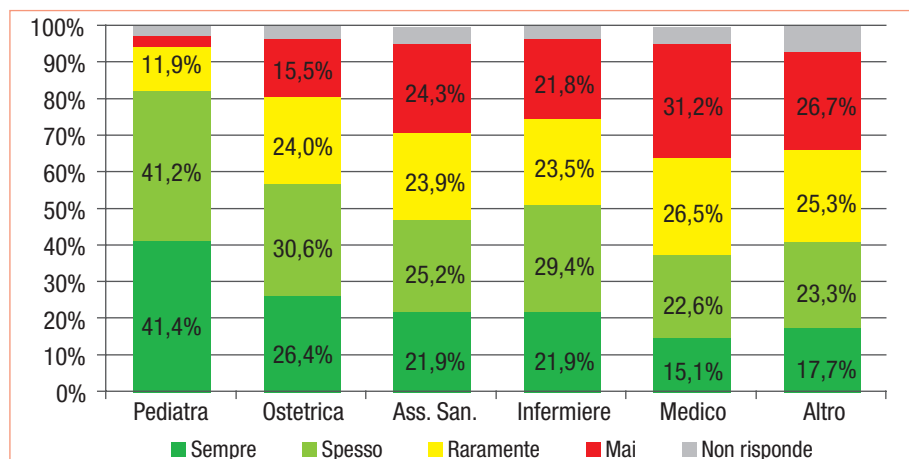
Cosa fanno gli operatori prima della formazione GenitoriPiù

Specularmente a quanto affermato dai genitori relativamente ai canali informativi attraverso i quali hanno avuto informazioni sul corretto trasporto dei bambini in auto, si registra da parte degli operatori una bassa percentuale di consigli dati: sommando chi dà sempre e spesso consigli si registra meno del 55% come dimostra la tabella che segue.

Durante la sua attività, dà ai genitori consigli sulle pratiche per il corretto posizionamento del bambino durante i tragitti in automobile?

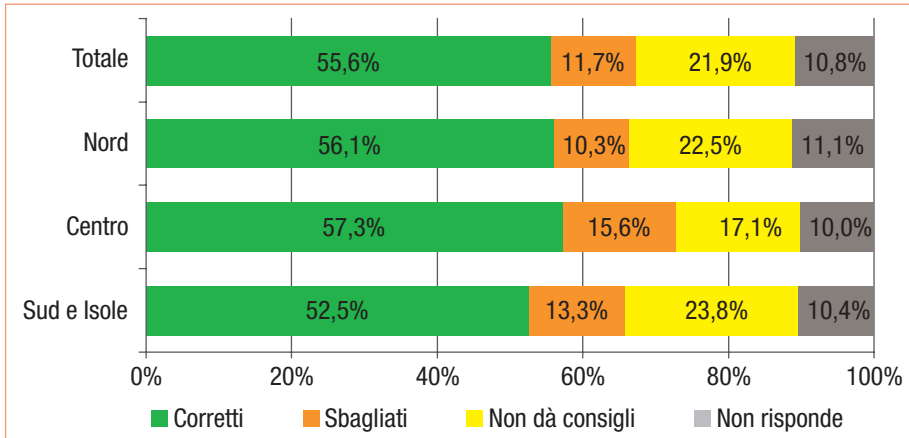
Sempre	Spesso	Raramente	Mai	Non risponde
25,1%	29,8%	21,9%	18,9%	4,2%

Queste percentuali si differenziano per collocazione professionale, facendo emergere anche relativamente a questo determinante la figura del pediatra che afferma di fornire informazioni sul corretto trasporto dei bambini in auto in oltre l'80% dei casi.



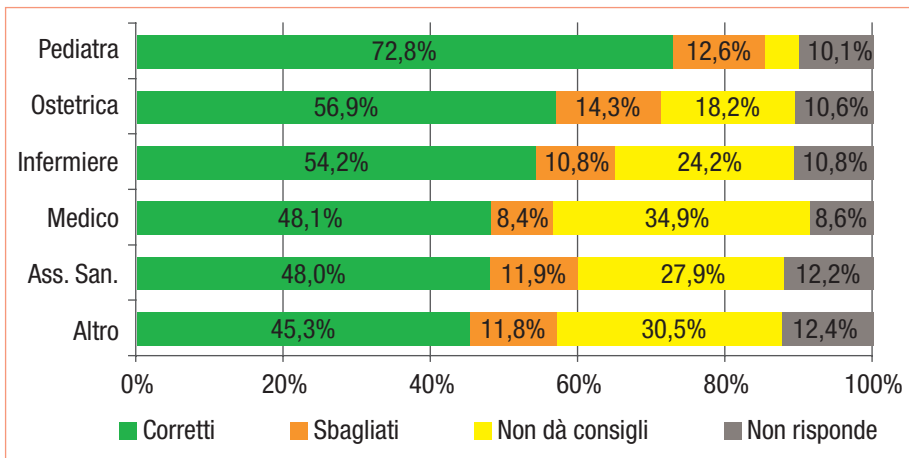
Per quanto riguarda la correttezza dei consigli forniti, è stato costruito un indicatore considerando la percentuale di operatori che raccomandano una posizione corretta per il trasporto del bambino in auto, ossia con il seggiolino sul sedile posteriore nello stesso senso di marcia e/o con il seggiolino sul sedile anteriore in senso contrario a quello di marcia, solo se non è presente o è disattivato l'airbag.

Dal grafico che segue si può dedurre che circa il 55% dei genitori riceve nel corso di tutto il percorso nascita dei consigli corretti su questo aspetto, percentuale leggermente più alta al nord e al centro, ma sostanzialmente stabile in tutta Italia.



Si nota come persistano operatori che danno consigli non corretti nell'ordine del 10%, con una punta del 15,6% in centro Italia.

Il grafico che segue analizza il comportamento secondo il ruolo professionale. I pediatri sono coloro che danno maggiormente consigli corretti, seguiti dalle Ostetriche. Per tutti i ruoli professionali, però, si registra una media del 10% circa di operatori che consigliano comportamenti non corretti.



Come e dove promuovere l'utilizzo dei mezzi di protezione in auto?

Le conoscenze su questa tematica nei genitori sembrano essere abbastanza diffuse anche se ancora circa un bambino su 5, in modo dichiarato, viene trasportato in auto in maniera non sicura. Questo dato dovrebbe essere confrontato con altre forme di rilevamento diretto. Va quindi sostenuto il messaggio, individuando in maniera chiara quali possano essere i canali privilegiati per diffondere questa informazione sia all'interno del percorso nascita che in altre occasioni utili in ottica intersettoriale (vigili, scuole guida, asili nido, punti vendita, ecc.). Va comunque consolidata la conoscenza degli operatori e soprattutto sostenuta la pratica di dare consigli ai genitori all'interno del percorso nascita.

A cura di: Stefano Campostrini e Stefania Porchia

Bibliografia

1. *Kostaridou S, Anastasea-Vlachou K, Sotiropoulou F, et al. Car transportation conditions of preschool children: use of children's car safety seats. Acta Paediatr 1997; 86:192-5.*
2. *Kohn M, Chausmer K, Flood MH. Anticipatory guidance about child safety seat misuse: lessons from safety seat „checkups“. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154:606-9.*
3. *Berg MD, Cook L, Corneli HM, et al. Effect of seating position and restraint use on injuries to children in motor vehicle crashes. Pediatrics 2000; 105:831-5.*
4. *L. Sbrogiò, S. Cinquetti. Programma regione Veneto - Prevenzione dei traumi da traffico- Campagna Regionale Cinture di sicurezza e seggiolini per bambini 2003-2004 <http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/Traumi+da+traffico/>.*
5. *National Center for Health Statistics. Health, United States, 1996-97. Hyattsville, MD: CDC, 1997. DHHS publication no. (PHS) 97-1232.*
6. *Ruta D, Beattie T, Narayan V. A prospective study of non-fatal childhood road traffic accidents: what can seat restraint achieve? J Public Health Med 1993; 15:88-92.*
7. *Petridou E, Skalkidou A, Lescohier I, et al. Car restraints and seating position for prevention of motor vehicle injuries in Greece. Arch Dis Child 1998; 78:335-9.*
8. *Durbin DR, Chen I, Smith R, et al. Effects of seating position and appropriate restraint use on the risk of injury to children in motor vehicle crashes. Pediatrics 2005;115: e305-9.*

5B. Promuovere la sicurezza in casa

La sicurezza della casa è un importante valore aggiunto per il benessere del bambino, ha un valore protettivo nei primi anni di vita ed educativo per una “Cultura della Prevenzione” attraverso la scelta di comportamenti sani.

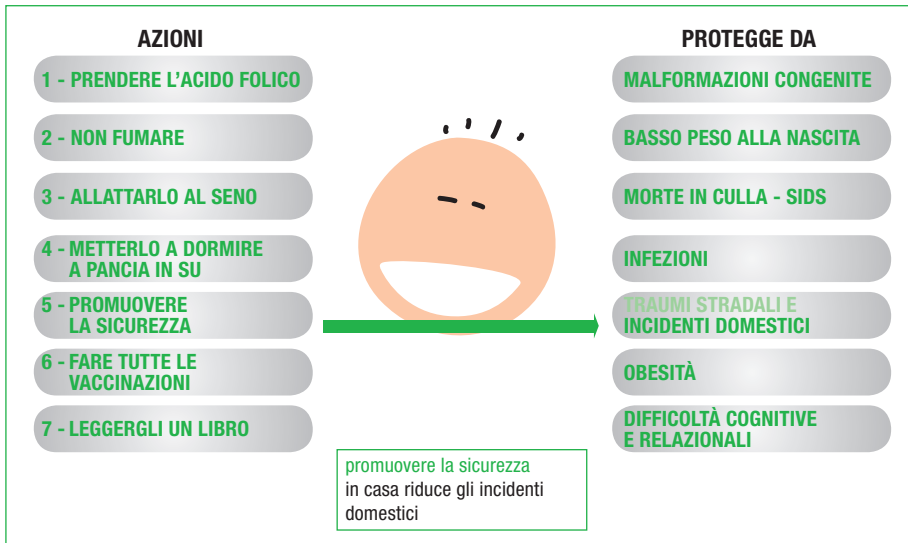
Gli incidenti domestici secondo l’OMS rappresentano una causa importante di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati e, sia pure in modo differenziato, non risparmiano nessuna fascia d’età.

- L’**EUROSAFE**, l’Agenzia Europea per la Sicurezza, nel rapporto del 2009 mostra il rilevante contributo degli incidenti domestici all’incidentalità più generale e sottolinea come, in Italia, malgrado gli enormi miglioramenti, gli incidenti domestici rimangono **la prima causa di morte nella fascia 0-14 anni**.
- I fattori di rischio di incidente domestico nei primi anni di vita sono:
 - **fattori strutturali della casa**, che dipendono dalle caratteristiche intrinseche dell’agente materiale con cui avviene l’incidente;
 - **fattori comportamentali**, che dipendono da caratteristiche individuali del bambino vittima dell’incidente e/o dell’adulto responsabile.
- Nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l’avvelenamento e l’annegamento**.
- Ciò che rende difficile la prevenzione è, da un lato, la grande varietà delle dinamiche con cui avvengono gli incidenti e, dall’altro, l’acquisizione progressiva di nuove abilità da parte del bambino che a volte anticipano le capacità di previsione degli adulti di riferimento.

Raccomandazioni

I genitori dovrebbero essere informati sul fatto che:

- l’incidente domestico nella maggior parte dei casi non è una tragica fatalità, ma può essere evitato adottando semplici accorgimenti di prevenzione;
- la prevenzione prevede modifiche strutturali che riguardano l’ambiente domestico;
- la prevenzione prevede cambiamenti comportamentali e di stile di vita della famiglia;
- spesso un comportamento non adeguato dell’adulto è causa di incidente al bambino;
- la sicurezza passa, nella prima fase di vita del bambino, attraverso *l’attenzione degli adulti* e quando il bambino diventa più autonomo nel movimento, all’attenzione bisogna aggiungere una riorganizzazione degli spazi e degli oggetti proporzionata ai diversi gradi di autonomia delle tappe di sviluppo del bambino.



La casa a misura dei suoi abitanti

È strano pensare che il luogo dove ci si sente più sicuri è, in realtà, quello nel quale avvengono più incidenti. La casa non è priva di insidie e se a queste aggiungiamo un comportamento a volte incauto, corriamo il rischio di incorrere in un incidente o far sì che le persone più fragili che abitano la casa, come i bambini, ne siano vittime.

Le cause di un incidente possono essere diverse e interagire tra loro; rendere sicura la casa significa adattarla alle necessità e alle abilità delle persone che vi vivono. Non esiste, infatti, un concetto astratto di casa, ma la casa che ognuno costruisce, sceglie, organizza e vive. Per questo motivo è difficile prescrivere i comportamenti corretti, gli arredi più adatti, i prodotti meno nocivi da utilizzare, perché significa entrare nello stile di vita della famiglia e condizionarne le scelte.

Quello che è possibile fare è invitare ognuno ad osservare con occhio attento la propria casa mettendo in relazione le possibilità, le abilità e le abitudini degli abitanti con i possibili rischi. Se poi in casa arriva un bambino bisogna considerare i continui cambiamenti ai quali va incontro; le nuove abilità che acquisisce, il piacere per la scoperta che lo caratterizza, la scarsa percezione del rischio che lo contraddistingue.

Il percorso verso la sicurezza è un viaggio interessante, che ci può dare la soddisfazione di “arrivare prima che...”

Qual è la via della sicurezza?

Il tema della sicurezza può essere considerato “nuovo” tra quelli trattati nell’attività di promozione della salute; la sanità ha sempre curato gli esiti degli incidenti, ma gli aspetti tecnici

della prevenzione di questi eventi sono stati a lungo considerati estranei al mondo sanitario. Soltanto con la legge 493 del 1999, si fa riferimento al Dipartimento di Prevenzione come Servizio deputato al monitoraggio e alla prevenzione degli incidenti domestici e, soltanto grazie al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 la sicurezza domestica entra, a pieno titolo, tra i temi della promozione della salute.

La normativa può migliorare efficacemente la sicurezza e la prevenzione degli incidenti domestici come ad esempio le disposizioni sulla messa a norma degli impianti elettrici e del gas, le indicazioni sull'altezza dei parapetti e sulle caratteristiche delle scale. Ciò nonostante l'EUROSAFE, l'agenzia europea per la sicurezza, nel rapporto del 2009 sottolinea come, sebbene in Italia rispetto alla fine degli anni '80 si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e sono responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili.

Nel nostro paese nel 2003, 1027 bambini e adolescenti sono morti per infortunio: se il tasso di infortuni in Italia fosse ridotto al livello registrato in Olanda, il paese più sicuro, si stima che 270 (28%) di queste vite si sarebbero salvate^q.

Secondo dati più recenti (§ paragrafo: i dati) nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento**.

Viene pertanto sottolineata la necessità di porre attenzione alla prevenzione di questi tipi di infortuni nella prima infanzia e le indicazioni generali che vengono date sono:

- intervenire sulla prevenzione dell'annegamento introducendo leggi sull'uso del salvagente e munendo le piscine di recinzioni;
- introdurre nuove norme di sicurezza contro le scottature e le ustioni, attraverso l'uso della regolazione degli scaldabagni e gli impianti di rilevatori di fumo;
- garantire maggiore sicurezza contro il soffocamento e gli strangolamenti, introducendo leggi che regolino le caratteristiche dei giochi e dei vestiti dei bambini;
- rafforzare la consapevolezza dei cittadini sui rischi degli incidenti e sensibilizzarli alla prevenzione.

Ed è su quest'ultimo punto che gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante attraverso un'opera paziente e costante di informazione.

In generale va sottolineato che il quadro poco rassicurante messo in luce dai dati disponibili, richiede un impegno costante e la formazione di alleanze durature tra i soggetti chiamati istituzionalmente a legiferare, decidere e lavorare concretamente su questi aspetti come, ad esempio: la scuola, i vigili del fuoco, gli impiantisti, l'Italgas, l'ENEL e, all'interno della Sanità, in particolare gli operatori del Dipartimento Materno Infantile e gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

I dati

Una riflessione sui dati disponibili e sulle carenze nella rilevazione e nel monitoraggio del fenomeno si impone, anche perché il problema sicurezza spesso si ferma alla notizia

^q *Child Safety Report Card 2009, EuroSafe.*

di cronaca e soltanto con estrema lentezza entra nelle norme legislative ed ancor più lentamente nella consapevolezza di chi si occupa di un bambino.

Non è semplice reperire dalle fonti correnti i dati relativi agli incidenti domestici; i flussi del Pronto Soccorso (PS) nella maggior parte dei casi individuano solo in modo separato la provenienza del paziente e la causa di ricorso, i dati non sono collegabili e quindi non è possibile capire quanti traumi provengono dalla casa, né quante persone che giungono al PS da casa hanno subito un trauma.

Per colmare questa lacuna l'Istituto Superiore di Sanità ha attivato una Sorveglianza per la raccolta di informazioni sul numero, ma anche sulla dinamica degli incidenti (SINIACA). La scheda di rilevazione viene compilata dai servizi di PS che hanno aderito al programma su base volontaria; purtroppo l'adesione volontaria ha impedito una diffusione capillare del sistema ed i dati sono a "macchia di leopardo", con Regioni interamente scoperte.

Un ulteriore tentativo, è quello della definizione di un "minimum data set" nazionale, di rapida compilazione che permetta la quantificazione del fenomeno per tipologia di incidente, gravità dell'evento, esito del passaggio in PS e caratteristiche anagrafiche dell'infortunato. Questo sistema, coordinato dalla Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, sta producendo le prime informazioni nelle Regioni che hanno aderito al progetto e, i tassi di ricorso al PS per incidente sono sostanzialmente sovrapponibili nei diversi territori. Anche in questo caso il dato è parziale e copre soltanto una parte del territorio nazionale. Inoltre, si sta lavorando per raggiungere un maggior grado di completezza ed affidabilità dei dati.

Infine, sono stati condotti in questi anni alcune indagini ad hoc multicentriche su aspetti specifici dell'ampia problematica legata agli incidenti domestici, alcuni coordinati dall'ISPESL^r, altri dal CCM^s.

Dalla lettura delle diverse fonti citate il quadro che emerge può essere così riassunto: nei primi anni di vita gli incidenti più frequenti sono le **cadute, le ustioni, il soffocamento, l'avvelenamento e l'annegamento**.

Il soffocamento per ingestione di corpo estraneo e le ustioni del bambino sono raramente osservati nella casistica generale di pronto soccorso (soffocamento: 0,2%; ustioni e corrosioni: 2,6%), ma rappresentano le prime cause di morte per i bambini tra i 5 ed i 9 anni d'età e, rispettivamente, la seconda e la terza per quelli fino a 4 anni (prima causa: annegamento). I bambini sotto i cinque anni d'età rappresentano oltre il 20% di tutta la casistica molto grave (codici rossi: casi gravissimi)^t.

La grande varietà delle dinamiche con cui avvengono gli incidenti, oltre che l'acquisizione continua di nuove abilità da parte del bambino, che a volte anticipano le capacità di predizione degli adulti di riferimento, rende difficile la prevenzione degli incidenti domestici.

Per evidenziare la dimensione del fenomeno riportiamo, come esempio, alcuni dati sugli incidenti registrati nei PS della Regione Piemonte dove da alcuni anni si sta lavorando per rendere completa e affidabile l'informazione sugli incidenti domestici; questi dati sono

^r ISPESL, Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro § www.ispesl.it.

^s CCM, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie § www.ccm-network.it.

^t Pitidis A., Taggi F., Dati SINIACA 2005 -2006.

stati confrontati con quelli della Regione Lazio dove l'Agenzia Regionale ha avviato una raccolta sistematica dell'informazione proveniente dai PS (§ tabella 1). Il confronto ha mostrato una buona comparabilità.

Tabella 1. Accessi in PS per incidente domestico. Piemonte e Lazio, 2008

Età	Genere	Piemonte			Lazio		
		N	%	Tasso incidenza (per 1000)	N	%	Tasso incidenza (per 1000)
0-11 mesi	maschi	1116	53.6	56.33	1173	52.0	43.70
	femmine	965	46.4	51.43	1084	48.0	43.25
	totale	2081		53.94	2257		43.48
12-47 mesi	maschi	4732	56.6	80.76	5344	56.3	64.74
	femmine	3627	43.4	65.60	4146	43.7	53.23
	totale	8359		73.40	9490		59.15

Facendo riferimento al 2008, che è l'anno con dati più completi ed attendibili, è rilevante il tasso di accesso al Pronto Soccorso per incidente domestico nel primo anno di vita; alla luce di questo dato 5 bambini di età inferiore al primo anno di vita ogni 100 in Piemonte, e 4 su 100 nel Lazio.

Se si pensa che sono bambini molto piccoli, affidati completamente alle cure di un adulto, e con ridotta autonomia, entra certamente in gioco "l'attenzione" della persona a cui sono affidati.

I bambini in età prescolare (1-4 anni) sono comunque caratterizzati da un tasso di accesso in PS per incidente domestico piuttosto alto (7% in Piemonte e 6% nel Lazio). Siccome a questa età i bambini si muovono sempre più autonomamente e sono sempre più capaci di individuare in modo autonomo i rischi, resta importante la capacità degli adulti di mettere in sicurezza la casa, sia per quanto attiene all'organizzazione degli spazi, sia alla sicurezza degli impianti, sia alle parti strutturali.

Quanto alla gravità, dai dati riportati emerge che se anche nella maggior parte dei casi i codici attribuiti ai bambini che si sono rivolti al PS in seguito ad incidente domestico sono di basso livello di gravità, vi sono alcune centinaia di casi con codice giallo e quindi con compromissione di parametri vitali e qualche codice rosso che indica una condizione di grave criticità. Inoltre si evidenzia che la maggior parte dei casi esita in dimissione, mentre i più gravi vengono trattenuti in regime di ricovero. Sui decessi bisogna, purtroppo, ricordare che quelli qui riportati sono relativi ai bambini giunti vivi in PS; a questi vanno aggiunti i bimbi morti sul luogo dell'incidente.

Tabella 2. Accessi in PS per incidente domestico. Codice Triage ed esito. Regioni Piemonte e Lazio, 2008

	Triage								Esito					
	Bianco		Verde		Giallo		Rosso		Ricovero		Decesso		A domicilio	
Età	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-11 mesi														
Piemonte	384	18.4	1586	76.21	106	5.09	5	0.2	116	5.7	0	0	1909	94.27
Lazio	12	0.53	1812	80.39	426	18.90	4	0.18	249	11.03	0	0.00	2008	88.97
12-47 mesi														
Piemonte	1336	15.98	6750	80.75	269	3.21	4	0.04	188	2.3	2	0.02	7958	97.66
Lazio	82	0.87	8187	86.39	1197	12.63	11	0.12	356	3.75	0	0.00	9134	96.25

Per quanto complesso un esame dei dati epidemiologici è assolutamente necessario per orientare le politiche. Un'attenzione alle specificità delle varie fasi di sviluppo è ineludibile: è importante pertanto l'adozione di sistemi di sorveglianza locali coerenti e confrontabili con i sistemi di rilevazione correnti.

Perché è importante parlarne con i genitori

Dall'indagine di sorveglianza PASSI^u emerge un dato significativo relativamente alla percezione del rischio nella popolazione in ambiente domestico; dall'analisi dei questionari somministrati in Italia nel 2008, che confermano i dati registrati nel 2007, risulta che circa il 92% degli intervistati ritiene che il rischio di incidente in casa sia basso. Inoltre, meno del 30% degli intervistati dichiara di aver avuto informazioni sui rischi presenti in casa e di questi un terzo dice di aver apportato modifiche all'interno della casa a seguito delle informazioni ricevute.

Questi dati ci dicono che l'informazione non è ancora riuscita a raggiungere una parte rilevante della popolazione (circa 3 persone su 10), nonostante la normativa e l'attenzione crescente che la cronaca pone ai casi di incidenti domestici. Tuttavia dove l'informazione c'è stata, la consapevolezza del rischio si è modificata in una percentuale significativa: infatti il 30% ha dichiarato di aver modificato qualcosa nella propria casa. Questo dato è promettente e ci indica che, se le informazioni sulla sicurezza domestica fossero date in maniera più diffusa e omogenea, si potrebbe raggiungere un numero considerevole di nuclei familiari, migliorando la sicurezza in casa.

Accanto alla sensibilizzazione della popolazione è importante fornire strumenti ai genitori.

^u Cfr pag. 144.

Alla nascita di un figlio infatti i genitori sono in un momento di particolare recettività verso i messaggi che riguardano il bambino: qualcosa di importante cambia nella loro vita, modificare la casa può essere una logica conseguenza.

Ciò che in realtà accade è che i genitori sono oberati di informazioni su tutto quello che può “servire” al loro bambino, la pubblicità utilizza questo particolare momento per far diventare “essenziali” molti oggetti, strumenti e prodotti di uso quotidiano e tutto questo fa passare in secondo piano un’informazione accurata e continuativa su cosa “fare” per la sicurezza del bambino.

L’aspetto più importante che tuttavia rischia di essere sottovalutato dai genitori è proprio la continua evoluzione del bambino e delle sue capacità. Progressi che ci sorprendono e ci fanno sorridere compiaciuti, dovrebbero anche farci pensare a: “dove è ora in grado di arrivare”, a “cosa è in grado di fare” e di conseguenza a quali rischi potrà andare incontro se “arrivasse fin lì”.

Se l’obiettivo è quello di creare nel genitore una **“Cultura della Prevenzione”** che gli permetta di “osservare” e non soltanto di guardare, l’ostacolo principale è “l’abitudine” agli oggetti ed alla loro disposizione. Anche là dove ad un occhio estraneo è evidente un’anomalia, è difficile, se non si presta particolare attenzione, individuare un rischio da parte di chi ogni giorno vede:

- i farmaci su un angolo della credenza
- l’asciugacapelli con la spina inserita sul ripiano vicino al lavandino
- l’asse da stiro con il ferro ancora caldo in cucina
- il manico della padella che sporge dai fornelli
- il tavolino con le sedie sul balcone...

Naturalmente gli esempi possono moltiplicarsi, ma per quanto ci si sforzi di individuare tutte le situazioni di rischio possibili, l’elenco non sarà mai esaustivo e le condizioni alla base di un incidente saranno sempre diverse; ecco perché in questo caso non si può insegnare un’attività o prescrivere soluzioni preconfezionate, ma è necessario aiutare prima i genitori e poi i bambini stessi a sviluppare una competenza in più: quella dell’attenzione.

Cosa significa rendere sicura la casa per il bambino?

La sicurezza passa, nella prima fase di vita del bambino, attraverso ***l'attenzione di noi adulti***:

- alla temperatura dell'acqua del bagnetto
- alla posizione del bambino nel lettino
- a non bere bevande calde quando si ha in braccio il bambino
- a posizionarlo sempre su un piano stabile per cambiarlo
- agli oggetti che può portare alla bocca
- ad allacciare le cinture quando è seduto nel passeggino, nell'ovetto, nel seggiolino dell'auto...

Ma, quando il bambino diventa più autonomo nel movimento all'attenzione bisogna aggiungere una ***diversa disposizione degli oggetti***.

E allora dobbiamo chiederci:

- I detersivi sono raggiungibili?
- I farmaci sono a portata di mano?
- Piatti, bicchieri e oggetti fragili a che altezza li abbiamo posizionati?
- Le porte a vetri sono protette?
- Coltelli e oggetti taglienti o appuntiti sono fuori dalla sua portata?

Con il passare delle settimane le competenze aumentano e con queste le domande:

- Ormai sa aprire il rubinetto dell'acqua, a che temperatura è regolata la caldaia/boiler?
- Ormai si arrampica sugli scaffali della libreria, l'abbiamo fissata al muro?
- Ormai si avventura per le scale, abbiamo montato il cancelletto?
- Ormai è curioso di scoprire cosa bolle in pentola, abbiamo posizionato il reticolo di protezione per i fornelli?

Cosa fare

In questi anni sono stati prodotti in diverse ASL italiane materiali informativi sulla prevenzione degli incidenti domestici indirizzati a specifici target di popolazione: i bambini di diverse fasce di età, i genitori, gli anziani, gli adulti, donne e uomini. Se è vero infatti che bambini nei primi anni di vita e anziani sono i soggetti più a rischio, è vero anche che nessuna fascia d'età ne è esente.

Per quanto riguarda i bambini piccoli il progetto più organico rivolto ai genitori è il ***"Baby Boom"*** promosso dal CCM, che fa leva sul ***counselling breve ripetuto*** considerato dalla letteratura uno strumento di intervento efficace.

Chi e quando può fare il counselling con i genitori?

L'offerta di assistenza nel percorso nascita presenta più occasioni di incontro con i genitori da soli e, successivamente, con genitori e bambini nei primi anni di vita. Il progetto CCM prevede di utilizzare quelle che vengono denominate "*occasioni opportune*" per implementare il programma di informazione.

Già in gravidanza il corso di preparazione al parto può rappresentare un momento introduttivo all'argomento; momento importante per il coinvolgimento dei papà per almeno due buoni motivi: non sono come la mamma preoccupati prioritariamente dal parto e, nella maggior parte dei casi maneggiano meglio trapano e martello. Inoltre, un compito affidato in modo particolare alle loro capacità può farli sentire più partecipi all'attesa del bimbo.

La gravidanza è il momento dei progetti e dei grandi cambiamenti anche per **preparare la casa** all'arrivo del bambino; inoltre, il bambino non è ancora presente con tutte le sue pressanti esigenze e i genitori possono dedicarsi con tranquillità alla sicurezza della casa e alla sua riorganizzazione. Per questo è molto importante iniziare il discorso in questa fase. Purtroppo non tutti i genitori partecipano ai corsi pre parto, mentre l'ospedale è il luogo nel quale quasi tutti arrivano per la nascita.

Nel periodo di ricovero tuttavia le preoccupazioni dei genitori sono tante e la loro attenzione rispetto a questo tema può essere ridotta, è importante quindi calibrare l'eventuale rinforzo tenendo conto della loro ricettività. Comincia qui quel percorso di counselling breve che, con opuscoli semplici e mirati alle diverse fasi di crescita, messi a disposizione da questo progetto, accompagnerà il genitore nei primi anni di vita del bambino.

La differenza tra il counselling breve e la consegna di un opuscolo informativo sta nelle parole dell'operatore che accompagnano, sottolineano, stimolano il ricordo di esperienze precedenti e favoriscono la riscoperta di tutte le potenzialità che ognuno di noi può mettere in campo per trovare la soluzione giusta al problema.

La comunicazione, secondo il modello organizzativo locale, prosegue poi, per esempio, nei "Bilanci di Salute", nelle "Sedute Vaccinali", negli incontri presso i Consulteri Pediatrici e i Consulteri Familiari, in occasione dei corsi di "Massaggio Neonatale" o di incontri a tema o quando si danno consigli alimentari e di cura e igiene del bambino.

Tutti momenti dove non vi è un problema di patologia, ma si affrontano temi legati agli stili di vita ed alla prevenzione e quindi perfettamente in linea con un'azione rivolta alla sicurezza.

Un'attenzione specifica dovrà essere rivolta alle occasioni opportune, possibili con le famiglie straniere e con le fasce di popolazione tendenzialmente periferiche rispetto all'utilizzo dei servizi, che secondo i dati sono più esposte al rischio.

L'importanza della formazione

Quello di cui parliamo è un vero lavoro di squadra che va organizzato e valutato costantemente poiché la perdita di un tassello può avere ricadute negative sull'intero sistema. Le persone che possono entrare a far parte della rete lavorano in servizi diversi con professionalità diverse, e dato l'interesse relativamente recente sul tema, la maggioranza

degli operatori non risulta ancora adeguatamente formata. Pertanto, il progetto del CCM ha previsto un percorso di formazione a cascata per tutti gli operatori del Dipartimento Materno Infantile, dei Servizi Vaccinali, dei Pediatri di Libera Scelta mettendo a disposizione un pacchetto didattico che verte sia sugli aspetti epidemiologici e sulle dinamiche degli incidenti domestici, sia sulle tecniche di counselling breve.

Cosa si può ancora fare

Poiché i bambini crescono è importante che poco per volta diventino soggetti attivi nella prevenzione degli incidenti ed è importante che essi sviluppino la capacità di proteggersi imparando a individuare i rischi, per poterli evitare. Per questa fase di lavoro il partner ideale è la scuola, che dagli 1/3 anni raccoglie nei suoi spazi una percentuale sempre crescente di bambini, che accompagna sino alla scuola dell'obbligo.

Gli operatori della scuola dell'infanzia oltre ad organizzare in modo sicuro gli spazi, fornendo così anche un esempio, sono specializzati negli aspetti comunicativi/relazionali per la fascia di età dei più piccoli e con loro è necessario lavorare per dare ai contenuti la forma più adatta per diventare gioco, filmato, sceneggiatura, filastrocca... in grado di colpire la fantasia del bambino perché questi temi vengano compresi e fatti propri.

Ci si sta dunque orientando alla costituzione di tavoli congiunti scuola/sanità per la realizzazione di proposte didattiche e per l'organizzazione di percorsi formativi per il personale scolastico.

A cura di Rosa D'Ambrosio, Giorgiana Modolo, Sara Farchi

Bibliografia

Riferimenti sono reperibili nei vari siti dedicati:

http://www.ccm-network.it/prg_area2_incidenti_domestici_promozione_salute

Il counselling in più

È sicuramente essenziale individuare e, se necessario, creare le “occasioni opportune” per diffondere e consolidare la cultura della prevenzione degli incidenti domestici nelle famiglie. Si tratta di un aspetto della prevenzione del tutto particolare per almeno tre motivi:

1. compresenza di fattori di rischio *strutturali* (arredamento, suddivisione degli spazi abitativi, presenza di sostanze potenzialmente dannose, ecc.) e *comportamentali* (età e stile esplorativo del bambino, ma anche stile familiare nell'equilibrio controllo-autonomia, eventuali atteggiamenti di iper o ipovalutazione dei rischi, ecc.)
2. *Modificabilità* di entrambi i fattori nel corso del tempo: una casa resa sicura per un bambino di pochi anni può non esserlo più per un bambino più grande; modificazioni familiari possono aver portato all'interno della casa elementi o sostanze rischiose che prima non c'erano (per esempio l'accumulo di medicinali per un familiare ammalato). Allo stesso modo, l'attenzione dei familiari ai movimenti e alle azioni del bambino può cambiare sulla base delle esperienze: bambini percepiti come “tranquilli”, cioè in qualche modo non a rischio, tendono a essere sorvegliati meno dei cosiddetti bambini-terremoto.
3. *Necessità di coinvolgere progressivamente il bambino nella cultura della prevenzione*, cosa che può essere fatta solo sensibilizzando la famiglia e fornendole il necessario supporto: gli interventi scolastici, pur essenziali, risultano assai meno efficaci se la famiglia non condivide obiettivi e stile dell'intervento preventivo. I genitori devono essere affiancati nella ricerca e nel mantenimento di uno stile educativo valido nei confronti del bambino che cresce e dei suoi comportamenti relativi ai rischi e alla sicurezza.

I pediatri, così come gli operatori dei consultori e altri professionisti sanitari, incontrano normalmente i genitori in occasioni che già di per sé sono “occasioni opportune”: il loro intervento dovrà adeguarsi alle caratteristiche specifiche di quel momento.

Fase prenatale

In questo periodo i genitori sono, in genere, motivati e interessati nei confronti di tutto ciò che riguarda lo spazio di accoglienza per il loro bambino. Non dimentichiamo però che il bambino che vive nell'immaginazione dei genitori in questa fase non è un “vero” neonato: è un bebè di 4-5 mesi, quindi meno fragile di un neonato ma non ancora attivo come un bambino più grande. Sarà quindi necessario:

1. Verificare se e quanto la percezione dei rischi e la creazione di situazioni sicure fa già parte dell'atteggiamento spontaneo della coppia: il professionista introdurrà l'argomento chiedendo ai genitori se hanno già cominciato a pensare a spazi e oggetti per il bambino che deve nascere, e proseguirà chiedendo se hanno anche pensato al problema della sicurezza e delle riduzioni di possibilità di incidenti. La verifica sulla propensione dei genitori all'adozione di misure preventive degli incidenti fin da questa fase del percorso nascita è di grande importanza: esistono genitori

che tendono a sottovalutare i rischi o a esprimere posizioni eccessivamente fatalistiche (“*gli incidenti se devono capitare capitano. Non si può mica tenere i bambini sotto una campana di vetro...*”); ma esistono anche genitori preoccupati in modo eccessivo, che possono essere ulteriormente spaventati da un discorso sui rischi di incidenti. Lo stile educativo del professionista deve tenere conto di queste differenze, non suonare eccessivo o allarmistico e contenere sempre indicazioni pratiche realistiche e sensate.

2. Concentrare il discorso più sugli aspetti strutturali (oggetti sicuri, spazi adeguati ecc.) che sui comportamenti: l’obiettivo in questa prima fase è di rendere sensibili i genitori al discorso sicurezza in casa, che al momento è legato alla scelta di tutto ciò che servirà ad accogliere – in sicurezza – il loro bambino. Le modalità comportamentali si struttureranno in seguito, parlarne in anticipo rischia di essere generico e scarsamente motivante.
3. Segnalare che la ricerca di una maggiore sicurezza in casa sarà un argomento fondamentale, che verrà affrontato spesso e con contenuti diversi man mano che il bambino cresce e diventa più autonomo.

Primi mesi di vita

Nei mesi in cui la sicurezza del bambino dipende maggiormente dagli adulti che si occupano di lui i rischi maggiori sono legati alla inesperienza, alla stanchezza, alla fretta e al nervosismo dei genitori nel corso delle attività quotidiane di accudimento. Sono relativamente rare le situazioni in cui i genitori “non erano a conoscenza” delle misure di precauzione relative ad esempio alla temperatura dell’acqua del bagnetto, alla sicurezza dei piani di appoggio ecc.: più spesso l’incidente o il rischio di incidente nasce in una situazione complessiva di tensione che riduce l’attenzione e le capacità di reazione.

Proprio in questa fase un intervento di educazione alla prevenzione degli incidenti domestici troppo generico e impersonale rischia di essere controproducente. Ad esempio: eccedere in indicazioni generiche sulla possibilità di prevedere e prevenire gli incidenti, sulla responsabilità degli adulti, sulla necessità di una attenzione costante può risultare difficile da tollerare per una mamma stanca e stressata, o per una mamma che sta per ritornare al lavoro e si trova a dover lasciare la sicurezza del suo bambino nella mani di altri.

Il professionista dovrà anche in questo caso:

1. Partire dalla concreta e specifica situazione di vita di quei genitori: chi si occupa del bambino, in quali ambienti, quali difficoltà sono comparse, come sono state affrontate.
2. Limitare le indicazioni alle situazioni caratteristiche dei primi mesi di vita del bambino: temperatura dell’acqua del bagnetto, gesti e azioni degli adulti quando lo tengono in braccio, sicurezza dei piani su cui viene posto il bimbo, ecc.
3. Collegare queste indicazioni a tutto ciò che rientra nelle altre azioni positive per la sicurezza: sicurezza in auto, posizione nel sonno, ecc., costruendo un piano complessivo che rafforzi l’atteggiamento di attenzione dei genitori per tutto ciò che riguarda la sicurezza del loro bambino.

4. Segnalare l'importanza dei futuri cambiamenti del bambino, la conquista di abilità che lo renderanno via via meno controllabile, ma che possono essere controbilanciate da misure di sicurezza che, man mano, verranno discusse con i genitori e da un atteggiamento educativo valido e responsabile.

Impostato in questo modo il discorso sicurezza acquista una continuità che il professionista manterrà attiva, collegandosi ad ogni nuovo intervento alle informazioni che ha già dato, ai racconti che quei genitori gli avranno fatto, alle caratteristiche che quel bambino svilupperà nei mesi e negli anni.

Le prime conquiste: il bambino, lo spazio, gli oggetti

La conquista della capacità di raggiungere oggetti, di spostarsi, di afferrare, sollevare, tirare, rappresenta una tappa dello sviluppo del bambino desiderata e temuta dai genitori. In ogni famiglia questa fase è particolarmente ricca di interventi nei confronti del bambino: divieti, rimproveri, prediche, ammonimenti, punizioni... È importante che il pediatra sappia affrontare con i genitori il tema del "come", in famiglia, si stanno strutturando le prime regole su permessi e divieti, limiti e trasgressioni, cose da fare e cose da non fare, e sul modo del loro bambino di rispondere a quelle regole. Il discorso educativo sulla sicurezza comincia nel primo anno di vita e si svilupperà, coinvolgendo sempre di più il bambino, fino agli anni dell'adolescenza.

Il punto di partenza deve essere sempre la specificità di quella famiglia e di quel bambino: il pediatra di famiglia occupa una posizione privilegiata nell'osservazione dello stile educativo dei genitori e ha la possibilità di adeguare i propri interventi informativi ed educativi a ciò che osserva e a ciò che riesce a farsi raccontare da loro. Con genitori troppo protettivi e preoccupati sarà quindi opportuno sviluppare il discorso della prevenzione degli incidenti puntando maggiormente sullo sviluppo di competenze motorie e autoprotettive da parte del bambino, sull'importanza di consentirgli esperienze in situazione controllata ma non eccessivamente bloccata. Con genitori che segnalano difficoltà a limitare le azioni del bambino o a fargli rispettare regole e divieti sarà invece utile un affiancamento nella conquista di un atteggiamento più autorevole e rigoroso.

I genitori chiedono con una certa facilità "come" comportarsi con un bambino troppo esplorativo, avventuroso o incurante dei divieti. Meglio non dare risposte preconfezionate (purtroppo, o per fortuna, non c'è una formula predefinita per armonizzare controllo e autonomia nel rapporto genitori-bambini) e utilizzare invece una modalità esplorativa: cosa considerano preoccupante o rischioso in quel periodo, cosa succede in genere quando devono bloccare un comportamento rischioso del loro bambino, cosa funziona di più, cosa funziona di meno, cosa altro hanno pensato di fare. Spesso all'interno di queste descrizioni compaiono indicazioni interessanti: ad esempio, ci si può accorgere che i genitori si sono concentrati sui rischi legati ai comportamenti esplorativi del bambino, ma sono diventati meno attenti agli aspetti strutturali della casa o alle possibili modificazioni che renderebbero meno rischiosa l'esplorazione. Fornire ai genitori indicazioni pratiche

sulle misure strutturali consigliabili per ridurre i rischi può contribuire e ridurre l'ansia, che non è mai un fattore favorevole nella conquista di comportamenti sicuri.

Un discorso a tre

Come in ogni intervento di tipo educativo, il bambino dovrà essere coinvolto al più presto nelle conversazioni fra il pediatra e i suoi genitori circa la sua sicurezza e la prevenzione dei rischi. L'obiettivo "responsabilizzazione" va perseguito in modo ragionevole, adeguandolo sia all'età del bambino che alla sua capacità di pensiero astratto. Già dai 4-5 anni risultano molto utili interventi che affidano al bambino il compito di osservare e segnalare alcune possibili situazioni rischiose: *se vedi in giro detersivi o medicinali, dillo alla mamma (alla nonna), così le ricordi di metterli al loro posto. Se c'è una pentola che fa fumo vuol dire che dentro c'è qualcosa di bollente, di alla mamma di fare attenzione...* Modalità di questo genere evitano che si crei uno schieramento "saggio" composto da genitori e pediatra che alternano prediche e rimproveri, minacce e colpevolizzazioni nei confronti del bambino e dei suoi comportamenti.

Le "modalità barriera" che Thomas Gordon indica nei suoi libri sulla comunicazione efficace come ostacoli alla buona comunicazione, definendole elementi del "linguaggio del rifiuto", sono in effetti frequentissime negli interventi di genitori e professionisti sui comportamenti a rischio. La loro scarsissima efficacia, che ogni genitore ha sperimentato a proprie spese, non basta a ridurre la frequenza: è necessario avere a disposizione un altro modo di parlare di rischio, valorizzante e non colpevolizzante, coinvolgente e non accusatorio per uscire dalle modalità barriera e impostare un discorso con reali valenze educative.

Man mano che il bambino cresce, il discorso a tre (pediatra, genitori, bambino) sulla prevenzione degli incidenti si arricchirà e si personalizzerà, utilizzando gli eventi del ciclo di vita familiare (nascita di un fratellino, trasloco, conquista della prima cameretta da solo) per portare avanti un discorso che si rivelerà prezioso nell'adolescenza: quello della precauzione e della prevenzione.

Un momento delicato: dopo un incidente avvenuto o rischiato

Merita particolare attenzione l'intervento del professionista con genitori e bambini che hanno sperimentato un incidente domestico, o che lo hanno anche soltanto rischiato. È importante che il professionista sappia se nella famiglia che ha di fronte è successo qualcosa del genere: se il bambino ha avuto un incidente molto probabilmente il pediatra lo ha saputo, ma non necessariamente un incidente "rischiato" viene raccontato spontaneamente. Un approccio narrativo al tema "sicurezza-rischi-incidenti" è in genere il più produttivo e il meno rischioso: domande tipo "come state affrontando questo periodo di crescita e di maggiore autonomia del bambino? Vi sembra che sia sufficientemente attento, riuscite a farvi ascoltare quando gli date indicazioni per la sua sicurezza...?" permettono ai geni-

tori di condividere sia la comparsa di comportamenti più “avventurosi” del bambino che un particolare episodio che può averli coinvolti di recente.

Gli incidenti avvenuti o rischiate possono innescare nella famiglia reazioni di diverso tipo: riduzione degli spazi di autonomia del bambino, colpevolizzazione di uno degli adulti con riduzione dei suoi spazi educativi nei confronti del bambino, modificazione delle scelte di vita familiari, ecc. In altri casi l'incidente entra nel mito familiare, viene riutilizzato come aneddoto o come prova della incoscienza, inaffidabilità, imprudenza del bambino, usato come minaccia o come monito (*non vorrai mica finire di nuovo al pronto soccorso..*). In ogni caso perde in gran parte il suo potenziale di esperienza che produce apprendimento.

Più l'incidente è stato grave, o comunque traumatico per l'equilibrio familiare, più sarà utile che il pediatra trovi il modo di attivare una ricostruzione positiva dell'equilibrio in tema di sicurezza. Si tratta essenzialmente di ridurre la focalizzazione colpevolizzante sull'accaduto (attenzione centrata sul passato e sugli errori commessi) e attivare la ricerca delle misure da adottare in futuro per aumentare la sicurezza in casa.

In conclusione

Il tema degli incidenti domestici è fra i più delicati da trattare in un intervento educativo: le indicazioni di misure strutturali per rendere più sicura la casa, l'indicazione dei comportamenti più sicuri o la descrizione dei rischi più frequenti non si trasformano facilmente in regole di comportamento più sicuro se non sono inserite in un discorso più ampio e più approfondito sulla cultura della sicurezza. Tutti gli operatori del percorso nascita hanno occasioni di intervento nelle varie fasi, il pediatra ha una posizione privilegiata per seguire nel tempo questo compito educativo e adeguarlo al susseguirsi dei cicli di vita familiari, e per coinvolgere sempre di più i bambini insieme ai genitori nella ricerca di comportamenti più sicuri.

Silvana Quadrino Istituto CHANGE www.counselling.it