

**DISEGNO DI LEGGE N. 641**  
**MODIFICHE AL DECRETO LEGISLATIVO 19 FEBBRAIO 2004, N. 59, IN MATERIA DI**  
**FORMAZIONE DEL PERSONALE DOCENTE E AMMINISTRATIVO, TECNICO E**  
**AUSILIARIO DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA**

**Senato della Repubblica**

**7<sup>a</sup> Commissione**

**Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport**

Audizione informale dei rappresentanti della Federazione Italiana Medici Pediatri

Roma, 7 maggio 2019

Mattia Doria

*Segretario Nazionale alle Attività Scientifiche ed Etiche*

Francesco Carlomagno

*Gruppo di Studio Sicurezza e Salute*

**Premessa**

La Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) è l'**associazione professionale e di categoria** maggiormente rappresentativa dei Medici Pediatri di Famiglia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di cui sono parte attiva e qualificante, istituzionalmente indicati come "Pediatri di Libera Scelta".

I Pediatri di famiglia sono inseriti nel sistema organizzativo del Distretto Socio-Sanitario e sono preposti alla tutela dell'intera età evolutiva da 0 a 14 anni (infanzia e adolescenza) attraverso attività, oltre che di diagnosi e cura, anche e soprattutto di **prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute** con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito, **scuola** compresa.

All'interno del SSN essi si caratterizzano per il **rapporto fiduciario** che ciascuno di loro instaura con le famiglie e i bambini assistiti e per la **continuità dell'assistenza**, entrambe caratteristiche determinanti per lo sviluppo di **strategie di intervento e verifica longitudinale** nel tempo e per l'**empowerment genitoriale** sulle aree tematiche di maggior rilevanza per la salute nazionale; nell'ambito dei numerosi compiti professionali definiti dagli AACCN a tutela della salute infantile e dell'adolescenza, le tematiche relative alla prevenzione degli incidenti hanno sempre rappresentato un campo una particolare attenzione.

Il SSN italiano, attraverso le norme definite dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, prevede per tutti i bambini e adolescenti italiani, tramite l'istituto dei **Bilanci di Salute**, un sistema di **controlli sanitari di routine a**



Italia che ha permesso di formare ed informare moltissimi docenti. Purtroppo il progetto non ha completato il suo ciclo triennale e non è stato più promosso. La FIMP è sempre rimasta, e lo è tutt'ora, disponibile a riprendere il progetto e a renderlo nuovamente operativo.

- Nel 2015/ 2016: Progetto "Attività di promozione della salute e della cultura della sicurezza" destinato agli studenti del Corso di Laurea Magistrale quinquennale a ciclo unico in Scienze della Formazione Primaria dell'università degli Studi Roma 3 e ai docenti delle scuole dell'Infanzia e delle scuole primarie, sedi di tirocinio nella Regione Lazio, nell'ambito del Protocollo d'Intesa FIMP - Università Roma 3 - Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza- URS Lazio. Il progetto portato avanti da FIMP con Pediatri di Famiglia adeguatamente formati in materia, rappresenta il primo esempio italiano di formazione in materia di prevenzione, primo soccorso e manovra di disostruzione corpo estraneo nel curriculum dei futuri docenti di scuola dell'infanzia e primaria, che in Italia rispetto al resto d'Europa non è ancora contemplata. Nei due anni di attività il progetto, ha formato circa 600 persone tra studenti e insegnanti tutor.
- La FIMP è dotata di una propria rete di Istruttori abilitati all'insegnamento delle manovre di rimozione del corpo estraneo e della rianimazione cardiopolmonare con i quali è in grado di istruire in maniera "regionalizzata", una formazione strutturalmente già esistente, approvata dalle Società scientifiche e con esse condivisa secondo le linee guida internazionali dell'American Heart Association (AHA) e della Società Italiana Malattia Urgenza Emergenza Pediatrica (SIMEUP).

### **Il fenomeno dell'inalazione di corpo estraneo**

Gli incidenti da corpo estraneo in età pediatrica rappresentano un grave problema di salute pubblica. Il soffocamento da corpo estraneo costituisce una delle principali cause di decesso nei bambini di età compresa tra 0 e 3 anni, ma continua ad essere un problema rilevante fino ai 14 anni di età. È stimato che ogni anno, nei Paesi dell'Unione Europea, si verifichino 50.000 casi di soffocamento da corpo estraneo in bambini tra gli 0 e i 14 anni, l'1% dei quali mortale (circa 500 bambini/anno). In Italia sono circa 50 i bambini

Deve essere particolarmente evidenziato che dopo un arresto respiratorio bastano **4 minuti** per arrivare alla **morte cerebrale** da anossia cellulare, 4 minuti che fanno la differenza tra la vita e la morte o l'invalidità grave: in questo breve arco temporale è praticamente impossibile contare sulla tempestiva presenza di un medico, ne deriva che le manovre di base tese ad ottenere la disostruzione delle vie aeree devono essere patrimonio del maggior numero di persone ed in particolare di quelle che sono preposte all'assistenza dei bambini (genitori, caregivers, educatori, insegnanti, assistenti, istruttori sportivi, etc.).

Il motivo per cui i bambini, soprattutto i più piccoli, sono maggiormente suscettibili all'inalazione di corpo estraneo è legato alle loro fisiologiche caratteristiche neuro-psico-

evolutive:

- fin dai primi mesi di vita e fino ai 4 anni di età tendono ad esplorare gli oggetti utilizzando la bocca;
- non sono in grado di distinguere gli oggetti edibili dai non edibili;
- tendono a compiere più attività contemporaneamente (es. mangiano mentre giocano);
- hanno una frequenza respiratoria più elevata;
- hanno vie aeree di forma conoide;
- hanno una ridotta capacità di coordinazione delle funzioni di masticazione e deglutizione e una ridotta competenza masticatoria di cibi non adeguatamente triturati/sminuzzati.

Un'indagine condotta sul registro *Susy Safe* (il più grande registro internazionale di sorveglianza epidemiologica degli incidenti da corpo estraneo in bambini dagli 0 ai 14 anni) ha fatto emergere che la maggioranza degli eventi si è verificata **in presenza di un adulto**. Risulta di fondamentale importanza svolgere, quindi, un'attività di educazione del laico adulto per prevenire il verificarsi degli incidenti da corpo estraneo e insegnare come intervenire tempestivamente in caso di ostruzione delle vie aeree.

Una particolare attenzione va rivolta alla cura e prevenzione delle **fasce deboli**, come i bambini affetti da **disturbi neurologici e/o neuro-motori e/o neuro-psichici** di livello anche lieve, che sono maggiormente predisposti ad un aumento del rischio durante l'assunzione degli alimenti e la manipolazione dei cibi e dei giochi.

Le condizioni sin qui accennate possono verificarsi in ogni contesto nel quale il bambino venga a risiedere, compreso il tempo trascorso a scuola.

A tale proposito i genitori e gli operatori (personale docente e amministrativo, tecnico e ausiliario della scuola dell'infanzia), devono essere edotti in prima istanza sulle **strategie di prevenzione** dell'ingestione da corpo estraneo, come i pezzi di cibo.

Tutte le linee di indirizzo che si occupano di questo fenomeno concordano sul fatto che gli alimenti pericolosi condividono particolari caratteristiche di **dimensione, forma e consistenza**.

Per quanto riguarda le **dimensioni**, sia gli alimenti piccoli (es. noccioline e semi) che quelli troppo grandi (es. grossi pezzi di frutta e verdura cruda) sono pericolosi in quanto, i primi rischiano di finire nelle vie respiratorie prima che il bambino riesca a morderli, mentre i secondi sono difficili da gestire durante la masticazione.

Riguardo alla **forma**: quella tonda (es. ciliegie e uva) e quella cilindrica (es. wurstel e carote) sono le più pericolose poiché queste tipologie di alimenti, se aspirati, possono bloccarsi nell'ipofaringe ostruendo completamente il passaggio dell'aria.

Infine, per quanto riguarda le **consistenze**, quelle più pericolose, con differenti meccanismi, sono quella dura, quella appiccicosa (es. burro d'arachidi), quella fibrosa (es. sedano) e quella comprimibile (es. wurstel e marshmallow): gli alimenti duri e fibrosi, se non adeguatamente triturati/sminuzzati, sono difficili da masticare per la fisiologica mancanza di denti del bambino

più piccolo; gli alimenti comprimibili possono scivolare nelle vie aeree, prima che il bambino riesca a morderli, e adattarsi alla forma dell'ipofaringe (grazie alla loro consistenza), ostruendo il passaggio dell'aria; gli alimenti appiccicosi risultano difficili da rimuovere se rimangono bloccati nelle vie aeree, una volta aspirati.

### **Linee di indirizzo per ridurre il rischio di soffocamento a tavola**

L'importanza della **prevenzione**. Le linee di indirizzo concordano nell'affermare che è necessario offrire al bambino alimenti opportunamente preparati in modo tale da minimizzare il rischio di soffocamento. Viene raccomandato di adottare semplici regole di preparazione che mirano a modificare la forma (es. tagliare gli alimenti cilindrici a listarelle, quelli tondi in quarti), la consistenza (es. eliminare nervature e filamenti, cuocere i cibi fino a quando diventano morbidi), e le dimensioni (es. tagliare in pezzi piccoli o tritare/grattugiare) degli alimenti pericolosi. Le eccezioni sono rappresentate da: frutta a guscio e semi (sconsigliati per i bambini fino ai 4 anni di età circa, a causa dell'elevato rischio di aspirazione a cui si associano), caramelle e gomme da masticare.

Oltre alle indicazioni per la preparazione degli alimenti, vanno osservate alcune semplici, ma fondamentali, regole comportamentali quando il bambino mangia al fine di garantire un pasto sicuro: evitare di mangiare giocando o muovendosi, evitare di mangiare distratti da televisione e/o videoschermi (tablet/smartphone), etc.

### **Osservazioni e proposte sul DDL n. 641**

**La FIMP raccoglie con viva soddisfazione e interesse la presentazione di questo Disegno di Legge va a sviluppare con maggiore incisività le politiche orientate alla prevenzione e al controllo degli incidenti in ambito scolastico con particolare riferimento al soffocamento da inalazione di corpo estraneo.**

Proponiamo, prima di raccomandare l'obbligo formativo sulla manovra di disostruzione delle vie aeree, di inserire un comma che obblighi/inviti alla formazione del personale scolastico sulle attività e strategie di **prevenzione** degli episodi di inalazione di oggetti e/o cibo così da ridurre al massimo le condizioni di rischio.

Proponiamo e raccomandiamo che le attività di insegnamento delle manovre di disostruzione siano accompagnate dalla definizione di una strategia di approccio globale all'evento attraverso un protocollo di intervento che codifichi, qualora la manovra di disostruzione non sia risolutiva, le modalità di contatto con i servizi di emergenza/urgenza e il contemporaneo avvio degli interventi di rianimazione.

Proponiamo e raccomandiamo di prevedere interventi formativi di analoga natura anche per gli asili nido che rappresentano, al pari o addirittura in maggior misura rispetto alla scuola

dell'infanzia, un ambiente a rischio per l'inalazione di corpo estraneo determinato dalla presenza di bambini molto piccoli. A tale proposito evidenziamo che, secondo gli standard operativi in vigore, sotto l'anno di vita sono previste e vanno insegnate strategie di distruzione delle vie aeree diverse dalla manovra di Heimlich.

Riteniamo che le conoscenze in materia di prevenzione e primo soccorso a scuola rappresentino una priorità formativa del personale scolastico attualmente in servizio e di chi si sta preparando a diventarlo in futuro: raccomandiamo di inserire questa materia nel corso di studi che prepara e forma il personale docente e non docente.

Raccomandiamo, infine, che le attività di formazione sulla sicurezza a scuola (prevenzione e intervento) siano oggetto di formazione continua e permanente (training e re-training) a cadenza annuale.

## **Conclusioni**

Ci auguriamo che il DDL in oggetto concluda al più presto in modo positivo il suo iter parlamentare auspicando che il nostro contributo sia di aiuto alla sua ulteriore definizione e allo studio di altre strategie di intervento a favore della prevenzione e del primo soccorso agli incidenti in ambito scolastico, in analogia e in integrazione alle attività di prevenzione ed educazione sanitaria rivolte alle famiglie italiane da parte dei pediatri di famiglia.

Rimaniamo a disposizione per le attività di supporto formativo al personale scolastico sulla base dell'*expertise* specifico acquisito che ben si integra sia con i compiti attribuitici dal SSN per l'assistenza ai bambini e agli adolescenti italiani sia con la fiducia attribuitaci dalle famiglie che quotidianamente ci scelgono per la salute dei propri figli.

### **Bibliografia essenziale**

1. Linee di Indirizzo per la prevenzione del soffocamento da cibo in età pediatrica. Ministero della Salute. 2017
2. Gregori D, Passali D. Foreign bodies injuries: a strong unique pathway linking ORL and public health. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2012;76 Suppl 1:S1.
3. Snidero S, Soriani N, Baldi I, Zobec F, Berchiolla P, Gregori D. Scale-up approach in CATI surveys for estimating the number of foreign body injuries in the aero-digestive tract in children. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(11):4056-67.
4. Foltran F, Ballali S, Passali FM, Kern E, Morra B, Passali GC, et al. Foreign bodies in the airways: a meta- analysis of published papers. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2012;76 Suppl 1:S12-9.
5. Susy Safe Study Group. Susy Safe Website 2004 [Available from: <http://www.susysafe.org>].
6. Van As ABS, Yusof AM, Millar AJ, Group SSW. Food foreign body injuries. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2012;76:S20-S5.
7. Bisd non sanitari Simeup Edizione 2015. Autori Lubrano R.; Carlomagno F; et al.