

SALUTE A SCUOLA

REPUBBLICA DI SAN MARINO



Documento redatto in collaborazione di:

AUTHORITY SANITARIA

SEGRETERIA DI STATO ISTRUZIONE

SEGRETERIA DI STATO SANITA'

ISTITUTO SICUREZZA SOCIALE – U.O.C. PEDIATRIA

AGGIORNAMENTO ANNO 2020

(1° Edizione 2015)

INDICE

INTRODUZIONE	6
LE MALATTIE INFETTIVE.....	6
NORME IGIENICHE E COMPORTAMENTALI	7
Lavaggio delle mani	7
Cambio pannolino.....	8
Preparazione e somministrazione dei pasti.....	9
Vaccinazioni consigliate per il personale.....	9
Assistenza del bambino che sanguina	9
Ricambio dell'aria	10
Pulizia degli ambienti, arredi, oggetti	10
ETA', STATO IMMUNITARIO DEL BAMBINO	11
Allontanamento del bambino malato dalla scuola	11
Criteri per l'allontanamento	11
Vaccinazione o profilassi farmacologica	12
Cura adeguata e permanenza a casa.....	12
COMPITI DEI GENITORI	13
COMPITI DEL PERSONALE DELLA SCUOLA	13
COMPITI DEL PEDIATRA	14
TABELLA DI RIFERIMENTO PER I PERIODI DI ASTENSIONE ALLA FREQUENZA	15
SCHEDE RELATIVE AD ALCUNE MALATTIE INFETTIVE.....	16
Congiuntivite	16
Impetigine	16
Epatite A	17
Meningite	18
Morbillo - rosolia - parotite.....	19
Pertosse.....	20
Salmonellosi.....	20
Scabbia.....	21
Scarlattina.....	22
Tigna del capo (Tinea Capitis)	23
Tigna del corpo (Tinea Corporis)	23
Tubercolosi	24
Varicella	25
OSSIURIASI	25
GESTIONE PROBLEMI SANITARI A SCUOLA - NOZIONI GENERALI	26
Concetti generali sul primo soccorso.....	26
INCIDENTI ED EPISODI SANITARI PIU' FREQUENTI NELLA SCUOLA.....	29
Epistassi.....	29
Ferita sanguinante di piccole dimensioni.....	30
Cosa fare in presenza di sangue negli ambienti.....	30
Febbre.....	30
Trauma cranico.....	31
Puntura di insetto (api vespe calabroni)	32
Puntura di zecca.....	32
Colpo di calore.....	33
Corpi estranei conficcati	33
Fratture	34
Ustioni	34
Ingestione sostanze tossiche/velenose	35
Rottura di un dente	35

Ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo.....	36
Posizione laterale di sicurezza.....	37
PATOLOGIE PARTICOLARI.....	37
Asma bronchiale.....	37
Crisi asmatica.....	39
Convulsione febbrile	40
Somministrazione farmaco anticonvulsivo.....	40
Lo shock anafilattico.....	40
IL DIABETE INSULINO-DIPENDENTE.....	41
Equilibrio glicemico	42
Ipoglicemia	42
Ipoglicemia grave.....	43
Il bambino diabetico a scuola.....	43
Il ragazzo diabetico e la refezione scolastica.....	43
Le gite.....	44
Attività fisica.....	44
Adolescenza e diabete.....	45
Diabete famiglia e società.....	46
Indicazioni sull'uso del Glucagone.....	47
La preparazione dell'iniezione.....	47
SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA	47
GESTIONE DELL'EMERGENZA.....	49
Numeri utili per le emergenze.....	49
LINEE D'INDIRIZZO PER LA REFEZIONE SCOLASTICA.....	49
Aspetti interculturali	50
Aspetti nutrizionali e Larn	51
Menu.....	54
Le diete speciali	55
Redazione della dieta.....	56
Preparazione e distribuzione diete speciali	56
Sorveglianza e vigilanza	57
Igiene	57
Valutazione e gestione di eccedenze e avanzi, riduzione della produzione di rifiuti	57
LA REFEZIONE SCOLASTICA E I BAMBINI SELETTIVI	58
COMMISSIONE MENSA	58
QUADRO SINOTTICO: indicazione per il controllo e prevenzione delle malattie infettive nelle scuole	60
INSERIMENTO AL NIDO.....	60
Certificato medico	60
Vaccinazioni	60
PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE PRINCIPALI MALATTIE INFETTIVE.....	61
PARTE A – Prevenzione	61
PARTE B - Profilassi post esposizione: misure efficaci nella scuola	61
a. Lavaggio delle mani.....	61
b. Utilizzo e igiene di oggetti ed indumenti personali.....	61
c. Preparazione e somministrazione di alimenti.....	62
d. Alimenti provenienti dall'esterno.....	62
CONTATTI IN AMBIENTI DI VITA COLLETTIVA.....	63
Sanificazione ambienti	63
LE MISURE DI CONTROLLO	64
Allontanamento.....	64
Assenza per malattia e ritorno in collettività.....	65

REFEZIONE SCOLASTICA E DIETE SPECIALI.....	65
LA REFEZIONE SCOLASTICA E I BAMBINI SELETTIVI	67
APPENDICE 1: L'ATTIVITÀ SPORTIVA PER IL BAMBINO ALLERGICO.....	68
Prevenzione dell'asma da esercizio fisico.....	69
Preparazione del bambino con asma bronchiale all'attività fisica.....	69
Sport consigliati	69
Prevenzione dell'anafilassi indotta da esercizio fisico	69
Programmazione informativa/formativa per gli operatori scolastici, gli studenti, le famiglie	70
APPENDICE 2: PEDICULOSI A SCUOLA	71
Come togliere le lendini	72
Prodotti consigliati.....	73
Come lavare gli oggetti personali.....	74
Istruzioni per i prodotti antipediculosi.....	76-77
APPENDICE 4: SCABBIA E FREQUENZA SCOLASTICA	78
Nota informativa in caso di scabbia.....	78
APPENDICE 4: VACCINAZIONI O PROFILASSI FARMACOLOGICA	80
Calendario vaccinale.....	80
APPENDICE 5: USO DELLO ZAINO SCOLASTICO E SALUTE DELLA SCHIENA.....	81
10 consigli utili.....	81

INTRODUZIONE

La scuola rappresenta il luogo ideale per radicare la cultura della salute e della sicurezza, intesa come promozione di adeguati stili di vita. Scuola e Sanità devono saper integrare le loro iniziative e le diverse attività per la costruzione e lo sviluppo dei percorsi educativi rivolti ai ragazzi, ai loro genitori ed a tutta la comunità, finalizzati alla tutela ed alla promozione della salute.

Questo documento vuole rappresentare una guida per la corretta gestione delle diverse situazioni di sanità pubblica, utile anche a garantire un'efficace comunicazione, tra gli operatori sanitari e scolastici e tra questi e le famiglie, sui temi riguardanti la corretta gestione delle malattie infettive e delle urgenze mediche che si presentino all'interno della comunità infantile e scolastica, così come sui criteri guida utilizzati per l'offerta del servizio di refezione scolastica.

LE MALATTIE INFETTIVE

Rappresentano uno dei principali problemi di Sanità Pubblica, sia per l'impatto sulla salute dei cittadini che per l'impatto sociale, compresa la percezione del rischio ad esse correlata.

Quando alcune malattie infettive si manifestano in una comunità infantile come la scuola, spesso si registrano allarmismi ingiustificati e gli interventi, anche di carattere preventivo, che si mettono in campo possono essere ritenuti insufficienti, essendo ancora diffusa nella comunità la convinzione che tutti i mezzi possibili, dall'isolamento dei malati alla disinfezione delle scuole, siano essenziali.

Un esempio per tutti è la falsa convinzione che la prevenzione delle malattie infettive passi anche attraverso il rilascio dei **certificati di riammissione scolastica**, dopo assenza per malattia.

È ormai noto che la maggior parte delle malattie si trasmettono già dal periodo di incubazione ed è altrettanto noto che in molti casi il contagio può essere evitato adottando semplici precauzioni e misure di igiene, purché applicate costantemente, anche in assenza di persone malate.

Si fa riferimento a **“precauzioni universali”**, ossia precauzioni da utilizzare indipendentemente dall'insorgenza di casi di malattia.

A tal proposito, è utile ricordare che per molte malattie infettive il mezzo di prevenzione sicuramente più efficace è rappresentato dalle vaccinazioni.

Adottare misure preventive come la vaccinazione dei bambini e seguire le norme di buone pratiche igieniche sono i modi migliori per prevenire l'insorgenza e la diffusione delle infezioni.

In questo documento si riportano alcuni orientamenti sulle più comuni malattie infettive e vengono indicati i periodi consigliati durante i quali i bambini devono essere tenuti lontani dalla scuola o asilo nido, sulla base delle migliori evidenze disponibili.

I tempi per la riammissione dopo malattia infettiva, fanno riferimento al periodo di contagiosità della stessa, ma possono differire da bambino a bambino, proprio perché diversa è la risposta di ognuno sul piano clinico.

Pertanto **si raccomanda ai genitori di attenersi alle indicazioni del proprio Pediatra o Medico curante.**

Per **“prevenzione”** di una malattia infettiva s'intende ogni azione efficace nell'impedire il contatto dell'organismo con un germe patogeno (per esempio attraverso le misure generali d'igiene) o a evitare lo stato di malattia (per esempio mediante le vaccinazioni o le profilassi farmacologiche).

In ambienti scolastici, la prevenzione delle malattie infettive e il controllo della loro diffusione si basano sulle strategie di seguito elencate.

NORME IGIENICHE E COMPORTAMENTALI

Il rischio di trasmissione della maggior parte delle malattie infettive può essere efficacemente limitato seguendo **norme igieniche comportamentali**.

Il personale scolastico dovrebbe metterle in atto abitualmente.

Tali norme igieniche comportamentali dovrebbero essere concordate e convalidate dal dirigente della struttura, in accordo con il personale, messe per iscritto (procedure) ed esposte nei luoghi di lavoro, per un'agevole e frequente consultazione.

Le più importanti norme igieniche da adottare, ai fini della prevenzione, sono esplicitate di seguito.



LAVAGGIO DELLE MANI

È di fondamentale importanza per la prevenzione.

Va fatto con acqua corrente e sapone liquido in distributore automatico.

Le mani devono essere prive di anelli o bracciali.

Per asciugare le mani, vanno usati **asciugamani monouso o individuali**.

Il lavaggio delle mani è necessario in questi casi:

- Dopo l'uso dei servizi igienici

- Dopo aver cambiato un pannolino o assistito un bambino al bagno
- Dopo aver toccato oggetti sporchi o potenzialmente contaminati
- Dopo avere soffiato il naso (specie prima di manipolare cibi)
- Prima di preparare o somministrare i pasti
- Dopo aver tolto guanti monouso o di gomma.



CAMBIO DEL PANNOLINO

I fasciatoi utilizzati devono essere di materiale liscio e lavabile e devono essere lavati e disinfettati a ogni uso o ricoperti di fogli di carta monouso, da cambiare ogni volta. In caso d'imbrattamento, è necessario pulire e disinfettare la superficie.



PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI PASTI

Nella preparazione dei cibi **è importante lavare le mani prima di preparare o somministrare i pasti.**

Si raccomanda il lavaggio delle mani anche dopo aver toccato uova, cibi crudi (carne, verdure, frutta).

In caso di uso del biberon, si raccomanda il lavaggio accurato e la conservazione in contenitore asciutto (non in liquidi disinfettanti).

VACCINAZIONI CONSIGLIATE PER IL PERSONALE

Il personale scolastico dovrebbe essere immune da morbillo, parotite, rosolia, varicella, o per aver contratto in precedenza le malattie o per aver effettuato la vaccinazione. Chi non fosse immune da queste malattie, dovrebbe sottoporsi alla vaccinazione. Le donne in gravidanza, non immuni da queste malattie, dovrebbero evitare il contatto con bambini potenzialmente infettivi (non immuni) e vaccinarsi dopo il parto.

ASSISTENZA DEL BAMBINO CHE SANGUINA

In caso di ferita accidentale o epistassi (perdita di sangue dal naso), deve essere evitato il contatto diretto delle mani con il sangue; devono essere a disposizione e facilmente raggiungibili guanti monouso (meglio se di vinile o nitrile) da indossare subito.

Dovrebbero essere facilmente disponibili fazzoletti di carta, garze, ovatta, per tamponare eventuali ferite.

Dopo l'uso, i guanti si sfilano rovesciandoli, avendo cura di non toccarne la superficie esterna, e si eliminano tra i rifiuti urbani.

Dopo aver tolto i guanti, si devono lavare le mani.

La stessa procedura va adottata in caso di esposizione ad altri liquidi biologici (vomito, feci, urine).

I materiali contaminati dal sangue possono essere eliminati con i rifiuti urbani, possibilmente chiusi in un sacchetto di plastica.



RICAMBIO DELL'ARIA

Per ridurre il rischio di malattie a trasmissione aerea (morbillo, meningiti, tubercolosi, ecc.) è fondamentale un buon ricambio dell'aria per evitare l'accumulo di germi e polveri.

L'aria può passare attraverso le pareti, ma il ricambio che ne risulta è insufficiente.

E' necessario, pertanto, aumentare il ricambio d'aria aprendo periodicamente le finestre per 5-10 minuti ogni ora, specie negli ambienti di soggiorno dei bambini.

L'aria degli ambienti dovrebbe avere il giusto grado di umidità, specie d'inverno. È consigliabile mantenere l'umidità relativa (misurabile con un igrometro) entro il 30-70%.

In caso di eccessiva secchezza dell'aria (umidità relativa <30%), è opportuno l'uso di umidificatori.

PULIZIE, AMBIENTI, ARREDI, OGGETTI

Pavimenti e servizi igienici devono essere puliti quotidianamente in maniera accurata. L'adozione, da parte della scuola, di procedure scritte per gli operatori sulle modalità di effettuazione delle pulizie, è vivamente raccomandata. Ogni imbrattamento con materiali biologici (feci, urine, vomito, sangue) deve prima essere rimosso con carta assorbente (usa e getta); poi va pulita e disinfettata la superficie, per esempio con una soluzione di candeggina domestica, diluita 1:10.

Giocattoli e oggetti che possono essere messi in bocca dai bambini e imbrattati di saliva, devono essere quotidianamente lavati con acqua e detergente, disinfettati, risciacquati e fatti asciugare. Anche i giochi toccati spesso da bambini piccoli dovrebbero essere lavati e disinfettati giornalmente.

Spazzolini da denti, pettini, asciugamani, indumenti, lenzuola devono essere strettamente personali.

In caso d'indisponibilità di asciugamani individuali, dovrebbero essere a disposizione quelli monouso.

L'igiene degli ambienti è un fattore importante per la prevenzione delle malattie infettive, in particolare, la purezza dell'aria e l'accurata pulizia delle superfici (pavimenti, arredi, oggetti, maniglie).



ETA' E STATO IMMUNITARIO DEL BAMBINO

I bambini più piccoli spesso sono i più colpiti da certe malattie non gravi, per esempio le infezioni delle prime vie respiratorie: **questo fatto può essere considerato “fisiologico”**.

Contro alcune delle malattie più gravi, attualmente sono disponibili vaccini sicuri ed efficaci.

Per “**controllo**” di una malattia infettiva s'intende ogni azione che ne limita la diffusione, dopo che si è manifestato un caso. Gli strumenti principali per il controllo della diffusione delle infezioni nella comunità scolastica sono i seguenti.

ALLONTANAMENTO DEL BAMBINO MALATO DALLA SCUOLA

Il temporaneo allontanamento del bambino malato dalla scuola può essere giustificato per due motivi:

1. la tutela della salute degli altri bambini, cioè per ridurre la possibilità di trasmissione di una malattia da un bambino agli altri;
2. tutela della salute del bambino, quando questo non è in grado di seguire le attività o richiede cure particolari.

CRITERI PER L' ALLONTANAMENTO

Nei seguenti casi, l'allontanamento del bambino è considerato una forma di tutela della salute della comunità scolastica, per una presunta contagiosità:

- diarrea, cioè emissione di feci liquide (più di 3 scariche) o presenza di sangue nelle feci
- vomito (due episodi almeno)
- esantema cutaneo (cioè eruzione cutanea di macchie diffuse a esordio improvviso), accompagnato da febbre o malessere e cambiamento del comportamento
- occhio arrossato con secrezione bianca o gialla (possibile congiuntivite purulenta).

In questi casi, il personale della scuola è autorizzato ad avvertire i genitori per un sollecito ritiro del loro bambino.

I genitori, in questi casi, **contatteranno il pediatra** curante e ne seguiranno le prescrizioni, sia in tema di terapia (cure con farmaci), sia di permanenza a casa del bambino.

Nei casi seguenti, invece, l'allontanamento è indicato a motivo della tutela della salute individuale del bambino:

- febbre (temperatura cutanea $\geq 37,5$ °C)
- malessere o altri sintomi tali da impedire al bambino la partecipazione alle attività o da richiedere cure che il personale non è in grado di fornire

- segni che suggeriscono l'allontanamento dalla scuola, oltre la febbre, sono: pigrizia insolita, irritabilità, pianto insolito e persistente, difficoltà respiratoria, dolore addominale continuativo o altri sintomi clinici non comuni.

Nei casi sopraelencati, il personale della scuola è tenuto ad avvertire i genitori per consentire il sollecito ritiro del bambino.

Il rientro a scuola avverrà semplicemente alla risoluzione dei disturbi e non richiede certificazione medica.

VACCINAZIONE O PROFILASSI FARMACOLOGICA

Nei casi di malattia infettiva soggetta a denuncia, non appena ricevuta la segnalazione di malattia infettiva in un bambino da parte del medico curante, si può intervenire secondo procedure definite utili a contrastare la diffusione della malattia.

In certi casi, può essere necessario rintracciare le persone che sono state a contatto con il malato, al fine di proporre loro la vaccinazione o una profilassi farmacologica. Questi provvedimenti possono, in alcuni casi, ridurre il rischio di diffusione della malattia.



CURA ADEGUATA E PERMANENZA A CASA

In certi casi, la cura adeguata della malattia rende il bambino malato non più contagioso.

Generalmente, il bambino non è più contagioso alla risoluzione dei sintomi di malattia e può pertanto rientrare a scuola, salvo alcuni casi limitati.

Pertanto, è opportuno che il genitore si attenga alle prescrizioni dal pediatra, sia per quanto riguarda la terapia sia per quanto riguarda il periodo di permanenza a casa del bambino.

Perché prevenzione e controllo delle malattie infettive siano efficaci, è necessario che ogni figura, coinvolta nella tutela della salute dei bambini, faccia la propria parte, secondo propria competenza e responsabilità.

COMPITI DEI GENITORI

- Tenere a casa il bambino, a tutela della sua salute individuale, in caso di malattia acuta febbrile, malessere generale con o senza febbre o quando presenta i **seguenti disturbi**:

1. **diarrea (emissione di feci liquide) nelle ultime 24 ore**
2. **presenza di sangue o muco nelle feci**
3. **vomito nelle ultime 24 ore**
4. **esantema cutaneo (eruzione cutanea di macchie diffuse) a esordio improvviso**
5. **occhio arrossato con secrezione bianca o gialla (possibile congiuntivite purulenta)**

I genitori contattano il medico e seguiranno le sue indicazioni per quanto riguarda terapia e permanenza a casa.

- Si attengono alle indicazioni del pediatra quando al bambino viene diagnosticata una malattia contagiosa per la quale è previsto un periodo di allontanamento dalla comunità (vedi tabella seguente).
- Assicurano, con frequenza almeno settimanale, il controllo del cuoio capelluto per la presenza di pediculosi (vedi appendice n°2).
- Fanno eseguire al bambino le vaccinazioni consigliate ed indicate nel calendario vaccinale (vedi appendice n°).

COMPITI DEL PERSONALE DELLA SCUOLA

- Assicura l'adozione delle misure di prevenzione di carattere generale, di tipo comportamentale e ambientale e l'igiene degli alimenti, coerentemente con la promozione dei corretti stili di vita.
- Adotta procedure efficaci, note al personale incaricato, riguardanti le pulizie di pavimenti, servizi igienici, attrezzature, oggetti e giocattoli.
- Assicura un buon ricambio d'aria negli ambienti di vita, per ridurre il numero di germi presenti nell'aria e per la prevenzione delle malattie a trasmissione aerea.
- Adotta il frequente lavaggio delle mani per ridurre il rischio di trasmissione di malattie, oltre ad altre procedure d'igiene generale.



- Avverte i genitori, per consentire il tempestivo ritiro del bambino malato, nei casi previsti alla voce “criteri di allontanamento”.

COMPITI DEL PEDIATRA

- Comunica tempestivamente ogni caso di malattia infettiva soggetta a denuncia all'Ufficio competente, utilizzando l'apposita scheda di segnalazione.
- Fornisce ai genitori le indicazioni terapeutiche e comportamentali utili per prevenire la trasmissione nella comunità, in caso di malattia infettiva contagiosa di un bambino che frequenti una comunità infantile.
- Comunica ai genitori la durata del periodo in cui il bambino non deve frequentare la comunità, se è affetto da una malattia per la quale sono previste misure contumaciali (vedi tabella).
- Dà informazioni ai genitori sulle vaccinazioni raccomandate e sulle vere e false controindicazioni alle vaccinazioni.

Nella tabella seguente, sono indicati i periodi contumaciali (periodo in cui il malato non può frequentare le comunità) facendo riferimento alla letteratura medica più recente.

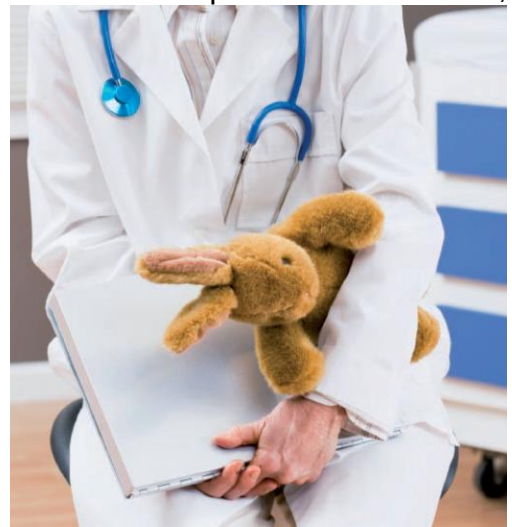


TABELLA RIASSUNTIVA DELLE PRINCIPALI MALATTIE E RESTRIZIONI ALLA FREQUENZA

MALATTIA INFETTIVA	RESTRIZIONI ALLA FREQUENZA DALLE COMUNITA' SCOLASTICHE PER LE MALATTIE INFETTIVE PIU' COMUNI
Congiuntivite batterica	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico
Congiuntivite virale	Fino a guarigione clinica
Diarrea	24 ore dopo l'ultima scarica
Epatite A	Fino a 7 giorni dalla comparsa dell'ittero
Epatite B	Fino a 14 giorni dall'esordio
Impetigine	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico e copertura delle lesioni esposte
Influenza	Fino a guarigione clinica
Mollusco contagioso	24 ore dall'inizio del trattamento dermatologico e copertura delle lesioni esposte
Morbillo	Fino a 5 giorni dalla comparsa dell'esantema
Ossiuriasi	A 24 ore dall'inizio del trattamento
Parotite	Fino a 9 giorni dalla comparsa della tumefazione parotidea
Pediculosi	Al giorno successivo al trattamento
Pertosse	Fino a 5 gg dall'inizio del trattamento antibiotico. Fino a 3 settimane senza trattamento
Pneumococco	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico
Quinta malattia	Fino a risoluzione dei sintomi
Rosolia	Fino a 7 giorni dalla comparsa dell'esantema
Salmonellosi	Fino a risoluzione dei sintomi
Scabbia	Fino al giorno successivo all'inizio del trattamento
Scarlattina	Fino a 48 ore dall'inizio della terapia antibiotica
Sesta malattia	Fino a risoluzione dei sintomi
Sindrome mani-bocca-piedi	Fino a scomparsa delle manifestazioni oro-cutanee
Varicella	Fino a 5 giorni dall'inizio dell'eruzione o fino essiccamento delle vescicole
Verruche	24 ore dall'inizio del trattamento dermatologico e copertura delle verruche esposte
Vomito	24 ore dopo l'ultimo episodio

Si sottolinea che le indicazioni espresse nella tabella sono orientative e non sostituiscono le disposizioni del pediatra che valuta la situazione caso per caso.

I protocolli, schematicamente indicati nella tabella per ciascuna malattia, riguardano la gravità, il rischio di diffusione e gli interventi che si sono dimostrati efficaci nel controllarle e limitarne la diffusione nelle collettività.

Congiuntivite

Che cos'è?

È un'infezione della congiuntiva (membrana che riveste la superficie posteriore delle palpebre e la porzione anteriore del bulbo oculare) di uno o entrambi gli occhi. I microrganismi che possono causare la malattia sono batteri (emofilo, streptococco, stafilococco) o virale (adenovirus). Colpisce più frequentemente bambini di età inferiore ai cinque anni. Può manifestarsi con arrossamento dell'occhio, gonfiore delle palpebre, lacrimazione, dolore all'occhio; secrezione densa e appiccicosa (con pus) nelle forme batteriche, sierosa e chiara nelle forme virali.

COME SI TRASMETTE

La trasmissione della malattia avviene solitamente per contatto diretto degli occhi con le dita contaminate da secrezioni congiuntivali infette o da oggetti contaminati (fazzoletti, giochi). Il periodo d'incubazione è di 24-72 ore nelle forme batteriche e di 5-12 giorni forme virali. Il trattamento antibiotico delle forme batteriche rende il bambino non più contagioso.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- In caso di sospetta congiuntivite purulenta (occhio rosso con secrezione bianca o gialla), il bambino dovrebbe essere allontanato dalla comunità, se sono presenti altri bambini di età inferiore ai 5 anni.
- Il bambino allontanato può essere riammesso dopo aver iniziato la terapia antibiotica.
- Disinfezione degli oggetti contaminati dalle secrezioni congiuntivali (per esempio occhiali).

Impetigine

Che cos'è?

È un'infezione superficiale della pelle di origine batterica (streptococchi o stafilococchi); colpisce più frequentemente i bambini al di sotto dei 10 anni. L'incubazione è variabile da 4 a 10 giorni. La malattia inizia con piccole bolle a contenuto chiaro (come una scottatura) circondate da un alone rosso; le bolle, rompendosi, lasciano delle escoriazioni su cui si deposita una crosta di caratteristico color miele. Le zone più colpite sono mani, viso e collo. L'evoluzione della malattia è solitamente benigna, ma, senza terapia, possono raramente comparire complicanze a livello renale.

COME SI TRASMETTE

È contagiosa per contatto diretto della pelle soprattutto attraverso le mani. È possibile anche il contagio indiretto mediante biancheria, asciugamani o pettini. La contagiosità perdura fino a quando sono presenti lesioni purulente.

COME SI PREVIENE

Osservare le comuni norme igieniche già descritte nella prima parte.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Il bambino che presenta eruzione cutanea diffusa, a esordio improvviso, dovrebbe essere allontanato dalla comunità scolastica (vedi criteri di allontanamento) e i genitori dovrebbero consultare il medico curante.
- Il bambino può essere riammesso nella comunità scolastica dopo 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica.

Epatite A

Che cos'è?

È una malattia del fegato causata da un virus. L'incubazione varia da 15 a 50 giorni (in media 28-30 giorni). Può manifestarsi con ittero (colorazione gialla della pelle e della sclera cioè il "bianco dell'occhio"), urine di colore rossastro, nausea, mancanza di appetito, dolore addominale, malessere generale, febbre. Nei bambini piccoli possono mancare i sintomi descritti. Generalmente la gravità della malattia aumenta con l'età.

COME SI TRASMETTE

Attraverso l'ingestione di acqua o alimenti crudi o poco cotti, contaminati dal virus (per esempio frutti di mare). È rara nel nostro paese, mentre è frequente tra i viaggiatori che hanno soggiornato in paesi a rischio. La trasmissione può avvenire anche da persona infetta a un'altra, attraverso le mani o oggetti contaminati da feci. La contagiosità va da 1-2 settimane prima dell'insorgenza dell'ittero, fino a 7 giorni dopo. Non ci sono portatori cronici del virus.

COME SI PREVIENE

Evitare cibi crudi o poco cotti o bevande non sicure nei paesi a scarso livello di igiene, dove l'epatite A è molto diffusa; lavando le mani prima di toccare alimenti. È disponibile una vaccinazione contro l'epatite A, utile per coloro che si recano in paesi tropicali, o dopo che si è verificato un caso in comunità scolastiche, per limitare la possibile diffusione interumana della malattia.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Il servizio di igiene pubblica, ricevuta la segnalazione di un caso, provvede a proporre la vaccinazione alle persone che sono state a contatto con il malato (compagni di scuola e familiari), per limitare la possibile trasmissione interumana della malattia.
- Il malato non deve frequentare le comunità per una settimana dopo la comparsa dei sintomi.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non è necessaria la disinfezione supplementare degli ambienti, salvo quanto previsto dalle normali procedure di igiene.

Che cos'è?

È un'infezione delle meningi (le membrane che avvolgono il cervello). Il periodo di incubazione è in media 3-4 giorni. Si manifesta con febbre elevata, intenso mal di testa, rigidità del collo, spesso con nausea, vomito ed eruzione cutanea dovuta a piccole emorragie (petecchie). Può essere grave, anche mortale o lasciare danni permanenti. Le meningiti possono essere causate da virus o batteri. Le meningiti batteriche sono dovute principalmente a: meningococco (*Neisseria Meningitidis*), che colpisce di preferenza i bambini e i giovani adulti pneumococco (*Streptococcus Pneumoniae*), che colpisce prevalentemente i bambini tra i due mesi e i tre anni (rara nei bambini oltre i 5 anni), gli anziani e le persone con compromissione del sistema immunitario emofilo (*Haemophilus Influenzae* tipo b), che colpisce generalmente bambini dai 2 mesi ai 3 anni; rara oltre i 5 anni. Oggi di raro riscontro grazie alla diffusione della vaccinazione dei bambini piccoli.

COME SI TRASMETTE

L'infezione si trasmette direttamente da persona a persona, inspirando aria contaminata dai germi. Questi sono presenti nelle goccioline emesse con la respirazione, la tosse e gli starnuti dalle persone infette. La contagiosità generalmente cessa dopo 24-48 ore dall'inizio di un adeguato trattamento antibiotico.

COME SI PREVIENE

Molte meningiti batteriche sono prevenibili mediante la vaccinazione. Si ricorda l'utilità di osservare le misure igieniche ambientali già trattate nella prima parte.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Il servizio di igiene pubblica, appena ricevuta la segnalazione di meningite, **nei casi previsti**, provvede a rintracciare i contatti stretti della persona malata, per proporre una eventuale profilassi antibiotica, al fine di ridurre il rischio di trasmissione della malattia. La profilassi antibiotica non è raccomandata per il contatto occasionale. La profilassi antibiotica va iniziata precocemente (possibilmente entro 24 ore dalla diagnosi del caso) ed è indicata per i soggetti che hanno avuto un contatto stretto con il caso durante i 10 giorni precedenti la comparsa della malattia (periodo di incubazione), per esempio familiari, compagni di classe, colleghi di lavoro che condividono gli stessi spazi per periodi prolungati.
- Nelle forme da virus o da pneumococco non sono utili interventi di profilassi antibiotica sui contatti.

COSA NON È NECESSARIO FARE

Non è necessaria la disinfezione degli ambienti ove ha soggiornato il malato, perché questi microrganismi non sopravvivono nell'ambiente esterno.

Che cos'è?

Sono malattie causate da virus.

Morbillo. Si presenta con febbre elevata, tosse, raffreddore, congiuntivite e un tipico esantema cutaneo (piccole macchie rosa-rossastre, rilevate, diffuse su tutto il corpo); colpisce generalmente i bambini, ma può verificarsi anche in giovani-adulti non immuni. Le possibili complicanze sono: broncopolmonite, otite ed encefalite (1 caso ogni 1.000 – 3.000 bambini ammalati; può essere mortale o lasciare danni permanenti). Molto raramente (circa 1 caso su 100.000 malati), diversi anni dopo, si sviluppa la pan-encefalite sclerosante subacuta (PESS), una grave complicanza neurologica. La contagiosità va da 4 giorni prima fino a 5 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

Rosolia. Si presenta come una malattia lieve a decorso benigno con febbre inferiore a 38 °C, piccole macchie rosa diffuse sulla pelle (esantema), ingrossamento delle ghiandole linfatiche soprattutto del collo e della nuca; dolori articolari nelle ragazze. Se contratta in gravidanza (soprattutto nei primi quattro mesi), può provocare seri danni al nascituro (aborto, malformazioni congenite a carico di cuore, cervello, occhi e udito). La contagiosità va da 7 giorni prima della comparsa dell'esantema fino a 7 giorni dopo.

Parotite. Comunemente chiamata "orecchioni", è un'infezione delle ghiandole salivari (quasi sempre le parotidi); si accompagna a febbre e ingrossamento delle ghiandole colpite. Ha un decorso benigno, ma può raramente causare complicanze: pancreatite, encefalite parotitica (1 caso su 10.000), infiammazione dei testicoli o delle ovaie (in adulti). La contagiosità va da 7 giorni prima della comparsa dell'ingrossamento della parotide fino a 9 giorni dopo.

COME SI TRASMETTONO

Per via aerea, da persone malate o in fase di incubazione, mediante le goccioline emesse con starnuti o colpi di tosse.

COME SI PREVENGONO

Esiste un vaccino efficace per ciascuna delle tre malattie, proposto ai bambini di 12-15 mesi di vita e poi a 5-6 anni (o a 15-16 anni). Può essere utile anche per gli adulti non immuni, specialmente al personale delle scuole. Le misure di comportamento generali consistono nell'utilizzare fazzoletti monouso, coprire la bocca quando si tossisce o starnutisce, lavarsi le mani spesso.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Tenere a casa il bambino malato per almeno 5 giorni in caso di morbillo, 7 in caso di rosolia, 9 in caso di parotite.
- Il servizio di igiene pubblica, quando riceve la notifica di un caso di morbillo, propone prima possibile la vaccinazione agli altri componenti della famiglia, o ai compagni di scuola non vaccinati o che non abbiano già avuto la malattia.
- **Le donne in gravidanza non immuni dovrebbero essere allontanate dalla scuola.**

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non sono necessarie disinfezioni ambientali, perché tali virus sono labili nell'ambiente.

Pertosse

Che cos'è?

È una malattia infettiva causata da un batterio (*Bordetella Pertussis*). Si manifesta con tosse e catarro; la tosse si presenta in accessi, con sibilo inspiratorio e talvolta vomito. La tosse dura a lungo (almeno due settimane). Può colpire qualsiasi età, ma più spesso i bambini. Il periodo d'incubazione è in media di 7-10 giorni (fino a 20 giorni). Può essere grave nei bambini piccoli. Le complicanze possibili sono: polmonite, crisi epilettiche, encefalopatia. Si cura con un antibiotico.

COME SI TRASMETTE

Si trasmette da una persona infetta a una sana, attraverso le goccioline emesse con la tosse. La contagiosità è alta, specie all'inizio (periodo catarrale). Dopo cinque giorni di terapia antibiotica, il malato non è più contagioso.

COME SI PREVIENE

È disponibile la vaccinazione in 3 dosi, da somministrare ai bambini, nel corso del primo anno di vita, in associazione con gli altri vaccini dell'infanzia (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, *Haemophilus Influenzae* di tipo B); viene fatto un richiamo a 5-6 anni. Viene offerta un'ulteriore dose di richiamo all'età di 15 anni, con vaccino combinato adatto anche agli adulti.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Il bambino malato non dovrebbe frequentare le collettività per almeno 5 giorni dopo l'inizio della terapia antibiotica.
- I contatti familiari e i contatti stretti dovrebbero fare una profilassi antibiotica per 7 giorni; raccomandata per bambini di età inferiore a 1 anno e nelle gravide non vaccinate, nelle ultime 3 settimane di gravidanza.
- Per le donne in gravidanza viene oggi proposta la vaccinazione dalla 28° settimana di gestazione.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non è indicato fare disinfezioni supplementari.

Salmonellosi

Che cos'è?

È una malattia causata da un batterio del genere *salmonella*. Dopo un periodo di incubazione, generalmente di 12-36 ore, si manifesta con diarrea, che può associarsi a febbre, vomito e dolori addominali. Può essere grave nei bambini piccoli e nelle persone anziane.

COME SI TRASMETTE

Si trasmette generalmente mangiando cibo contaminato, soprattutto creme contenenti uova crude, carni poco cotte, verdure crude. Più raramente, la malattia si trasmette da una persona infetta a un'altra, specialmente se la prima ha la diarrea.

COME SI PREVIENE

- È importante osservare le normali precauzioni igieniche nella preparazione, nella manipolazione e nella conservazione dei cibi.
- Si ricorda l'importanza del lavaggio delle mani prima di preparare cibi, dopo aver usato i servizi igienici, dopo aver toccato animali, dopo aver manipolato uova, carni crude, verdure crude.
- Possibilmente evitare di consumare carne, uova e pollame crudi o poco cotti. Lavare accuratamente la verdura e la frutta prima del consumo.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Il bambino affetto da salmonellosi non deve frequentare le comunità scolastiche, finché è sintomatico. Può riprendere la frequenza scolastica ad avvenuta guarigione clinica, anche nei casi in cui persista uno stato di portatore.
- Continuare con le normali procedure di igiene dei servizi igienici e delle mani.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non è utile far eseguire coproculture a tutti i frequentanti la comunità non sintomatici.
- Non è giustificato allontanare i portatori dalla collettività, né una terapia antibiotica per la loro bonifica.

Oltre alla salmonella, altri batteri (come Shigella, Escherichia Coli, ecc.) e virus (Adenovirus, Rotavirus) possono essere causa di diarrea infettiva: le misure da osservare per evitare la diffusione dell'agente infettivo sono le stesse che per le salmonellosi.

Scabbia

Che cos'è?

La scabbia è una malattia della pelle provocata da un acaro (Sarcoptes Scabiei). Il soggetto colpito presenta sulla zona cutanea interessata delle piccole lesioni lineari (cunicoli) bianche, sottili, lunghe 5-10 mm, associate a intenso prurito, specialmente notturno. Quest'ultimo provoca frequenti lesioni secondarie dovute al grattamento. Le zone colpite sono soprattutto: gli spazi interdigitali delle mani, le superfici interne dei polsi e dei gomiti, le ascelle, ecc. Nel bambino si osserva in modo particolare sul palmo delle mani e sulle piante dei piedi.

COME SI TRASMETTE

La trasmissione avviene per contatto cutaneo diretto, prolungato e ripetuto, più raramente attraverso gli indumenti e la biancheria del letto. Per questo motivo il contagio si verifica quasi esclusivamente in ambito familiare. I soggetti colpiti da scabbia possono contagiare fino a quando non sono trattati con la specifica terapia.

COME SI PREVIENE

Evitare la condivisione di biancheria e indumenti che devono essere strettamente personali.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Il bambino con scabbia non deve frequentare una collettività scolastica fino al giorno successivo a quello di inizio della cura specifica.
- Vanno rispettate le norme d'igiene personale generali, come descritto nella parte introduttiva.
- Nell'ambiente in cui soggiorna il bambino affetto da scabbia è consigliabile lavare ad almeno 60 °C biancheria, lenzuola e asciugamani; i vestiti che non possono essere lavati ad alte temperature vanno esposti all'aria per alcuni giorni.
- È raccomandato passare con aspirapolvere o con getto di vapore tappeti e divani con i quali il soggetto ammalato è venuto a contatto.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non sono giustificati interventi straordinari quali la chiusura della scuola o la disinfestazione.

Scarlattina

Che cos'è?

È una malattia infettiva causata da batteri (streptococchi). Dopo un'incubazione di 1-3 giorni, si manifesta con febbre alta, mal di testa, faringite. Tipicamente la lingua è prima ricoperta da una patina bianca, poi assume aspetto "a fragola". Compare inoltre un'eruzione cutanea, caratterizzata da puntini rossi, che rende la pelle ruvida al tatto e che si estende in circa 24 ore a tutto il corpo, tranne che intorno a naso, labbra e mento. Rispetto alle altre malattie esantematiche, può comparire più volte nello stesso soggetto.

COME SI TRASMETTE

La trasmissione avviene per via aerea attraverso le goccioline emesse con tosse, starnuti o parlando. Meno frequentemente il contagio si verifica portando alla bocca oggetti contaminati da saliva o secrezioni nasali. La contagiosità va da 2 giorni prima della comparsa dei sintomi fino a guarigione. Con la terapia antibiotica il malato è considerato non contagioso dopo 48 ore.

COME SI PREVIENE

Evitare per quanto possibile il contatto con soggetti ammalati.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Tenere a casa il bambino malato per almeno 48 ore dall'inizio della terapia antibiotica. In caso di eruzione cutanea con febbre, il bambino può essere allontanato dalla collettività scolastica. I genitori devono consultare il medico curante.
- Seguire le norme igieniche a carattere generale, descritte nella prima parte.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non è necessaria la ricerca sistematica dei portatori tramite il tampone faringeo.
- Non è indicata la disinfezione ambientale.

Tigna del capo (Tinea capitis)

Che cos'è?

È una malattia del cuoio capelluto causata da funghi (Trichophyton o Microsporum). Dopo un periodo d'incubazione di 10-14 giorni, compaiono sulla testa delle chiazze tondeggianti, caratterizzate da perdita di capelli e desquamazione. I capelli dell'area infettata diventano più fragili e si spezzano. Talvolta la chiazza si presenta infiammata con croste e pus.

COME SI TRASMETTE

Per contatto cutaneo diretto o indiretto (pettini, spazzole, cappelli, sciarpe). Il contagio può avvenire anche da animali infetti come cane, gatto, mucca.

COME SI PREVIENE

Evitare di scambiare oggetti personali (pettini, berretti, sciarpe, cappelli). Curare l'igiene personale, lavando frequentemente i capelli.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Iniziare precocemente la cura (farmaci per bocca e shampoo specifico). I bambini in trattamento possono frequentare la scuola.
- Controllare gli animali domestici: se presentano lesioni cutanee, devono essere curati.¹
- Lavare gli indumenti contaminati a temperature elevate.
- Non condividere pettini, nastri, spazzole, cappelli, berretti.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non è necessario tagliare o radere i capelli.

Tigna del corpo (Tinea Corporis)

Che cos'è?

È una malattia della pelle causata da funghi (Trichophyton, Microsporum o Epidermophyton). Non sono mai interessati mani e piedi. Dopo un periodo d'incubazione di 4-10 giorni, si manifestano lesioni cutanee a chiazze rosa a forma di anello, con il centro più chiaro e un bordo leggermente rilevato. Le dimensioni, di circa 2-3 cm, tendono a crescere lentamente e a moltiplicarsi. Possono essere leggermente pruriginose.

COME SI TRASMETTE

Per contatto diretto con persone o animali (cani, gatti) infetti, o indiretto, attraverso pavimenti, docce, panche, oggetti contaminati. La contagiosità permane finché sono presenti le lesioni cutanee.

COME SI PREVIENE

Evitare il contatto diretto con persone o animali infetti. Pulire frequentemente docce e panche negli spogliatoi delle palestre, con lavaggio e asciugatura rapida.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Il bambino in terapia può frequentare la scuola, purché le lesioni cutanee siano coperte con garze o cerotti.
- Evitare l'uso in comune di asciugamani e indumenti.
- Lavare biancheria e indumenti della persona infetta a temperature elevate.
- Le persone con le lesioni cutanee non devono frequentare palestre e piscine fino a guarigione completa.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Escludere il bambino dalla scuola.

Tubercolosi

Che cos'è?

È una malattia infettiva provocata da un batterio (*Mycobacterium Tuberculosis*). La malattia può colpire tutti gli organi o i tessuti. La forma trasmissibile è quella polmonare o laringea. Il periodo d'incubazione è molto variabile, in genere va da 4 a 12 settimane. L'infezione iniziale di solito passa inosservata e guarisce spontaneamente (tubercolosi primaria); per tutta la vita, però, rimane la possibilità che l'infezione si riattivi. I sintomi principali delle forme polmonari sono tosse, febbre e malessere generale.

COME SI TRASMETTE

Quando è presente una tubercolosi polmonare o laringea (forme contagiose), il malato emette bacilli nell'aria mediante tosse, starnuti o soffiandosi il naso. La probabilità di trasmettere l'infezione dipende dalla quantità di bacilli emessi, dal tipo di contatto con altre persone (vicinanza e tempo trascorso insieme), dalle caratteristiche individuali delle persone esposte. Dopo alcune settimane dall'inizio della terapia, il malato cessa di essere contagioso.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Ricevuta la notifica di un caso, se in forma contagiosa, il servizio di igiene pubblica provvede a rintracciare i contatti stretti del caso, cioè le persone che sono state vicine al malato (aula scolastica, ufficio, reparto, stanza di degenza) per numerose ore al giorno, nel periodo precedente al ricovero.
- Ai contatti stretti vengono proposte delle indagini (intradermoreazione di Mantoux, radiografia del torace) per scoprire un eventuale contagio; se questo è avvenuto, è indicata una chemioprolifassi antibiotica, per impedire la progressione dell'infezione.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Disinfezione supplementare di ambienti e superfici nella scuola o nelle case.

Che cos'è?

È malattia infettiva altamente contagiosa, provocata da un virus (Varicella- Zoster). Colpisce maggiormente i bambini tra i 5 e i 10 anni, ma può manifestarsi anche negli adulti non immuni; in questo caso le complicanze possono essere più gravi. Ha un'incubazione di 14-21 giorni. I sintomi consistono in febbre d'intensità variabile, malessere generale e una tipica eruzione cutanea, costituita da macchioline rosse rilevate, che evolvono in vescicole a ondate successive. Queste si rompono, dando luogo alla formazione delle croste. Le lesioni sono pruriginose e possono interessare anche le mucose (bocca, genitali, ecc.).

COME SI TRASMETTE

Per contatto diretto con la saliva del malato o con il liquido contenuto nelle vescicole, oppure per via aerea, respirando le goccioline emesse dalla persona infetta con la tosse e gli starnuti. La contagiosità va da 5 giorni prima fino a 5 giorni dopo la comparsa delle vescicole. Se una donna non immune contrae la varicella in gravidanza, il virus può trasmettersi all'embrione o al feto attraverso la placenta e causare malformazioni o decesso.

COME SI PREVIENE

La vaccinazione antivaricella è oggi resa disponibile, anche in associazione con quella contro morbillo, parotite e rosolia.

La vaccinazione è indicata anche per le persone adulte, che non hanno avuto la malattia, ma a maggior rischio di acquisire l'infezione (personale scolastico) o di trasmetterla (operatori sanitari) per motivi professionali. Le persone immunodepresse e le donne in gravidanza, che non hanno avuto la malattia, devono evitare contatti con soggetti malati o potenzialmente infetti.

COSA FARE QUANDO SI VERIFICA UN CASO

- Tenere a casa il malato per almeno 5 giorni dalla comparsa delle vescicole.
- La vaccinazione dopo l'avvenuto contatto con il malato è indicata per gli adulti che non hanno avuto la varicella: è efficace se effettuata entro i 3 giorni successivi al contatto.
- Osservare le norme igieniche a carattere generale già descritte nella prima parte.

COSA NON È NECESSARIO FARE

- Non è indicata l'esecuzione della vaccinazione ai compagni di scuola o ad altri contatti in età infantile. Non è necessaria la disinfezione ambientale.

OSSIURIASI

Nel bambino piccolo i vermi parassiti più frequenti sono gli ossiuri che hanno la forma di sottili filamenti bianchi di circa un centimetro di lunghezza, molto mobili.

Gli ossiuri crescono nell'intestino e sono facilmente visibili durante le ore notturne o al mattino presto, cioè quando escono dall'ano rilasciando tutte le uova, per poi morire.

Il sintomo principale di questa infezione è il **prurito** provocato dal movimento dei vermi; che si fa più intenso quando il bimbo si corica nel letto la sera; oltre al prurito sono possibili anche dolori addominali, insonnia, irritabilità e nelle femmine vaginiti.

L'infestazione colpisce prevalentemente i bambini in età prescolare e scolare ed avviene per via orale portando alla bocca le mani sporche dopo essere state a contatto con oggetti contaminati. Nei bambini è frequente la re infestazione: grattandosi il bimbo entra in contatto con le uova e le può ingoiare mettendo le mani in bocca.

Di fondamentale importanza rivestono **alcune norme igieniche** come:

- lavarsi le mani prima di toccare o mangiare cibi;
- tenere le unghie corte e pulite;
- lavarsi ogni mattina per eliminare le uova rilasciate durante la notte;
- lavare e cambiare spesso il bambino;
- mettere al bambino piccolo pannolini ben stretti per evitare che si gratti;
- lavare ad alte temperature (60°C) tutta la biancheria intima, le lenzuola e gli asciugamani.

Se il bambino presenta l'infestazione è bene consultare il pediatra per la prescrizione della terapia (p.es. mebendazolo, pirantel).

La terapia di scelta è rappresentata da una singola dose di mebendazolo, da ripetere a distanza di 14 giorni per eliminare i vermi che nel frattempo sono nati dalle uova ancora presenti nella zona anale.

E' importante trattare oltre al bambino anche tutti i membri della famiglia per debellare definitivamente la presenza degli ossiuri.

GESTIONE PROBLEMI SANITARI A SCUOLA: NOZIONI GENERALI

Il mondo della scuola rappresenta un importante momento di aggregazione e di convivenza. In tale ambito si possono a volte manifestare eventi sanitari che richiedono un intervento di tutela da parte del personale della scuola.

E' sempre possibile, infatti, la presenza di bambini/ragazzi affetti da particolari patologie (allergia grave, diabete insulino-dipendente, epilessia, asma grave, fibrosi cistica...) che necessitano di un'attenta vigilanza oltre dell'eventuale somministrazione di farmaci.

Nella scuola, i diversi operatori devono essere formati per offrire, in caso di necessità, un primo soccorso.

Da ciò la necessità di una più ampia informazione rivolta al personale scolastico su una serie di possibili eventi sanitari che possono interessare gli alunni.

CONCETTI GENERALI SUL PRIMO SOCCORSO

1 - PROTEGGERSI – PROTEGGERE

2 - AVVERTIRE

3 – SOCCORRERE

Per quanto possibile: mantenere la calma, osservare bene la situazione, individuare i pericoli che si possono incontrare attuando il soccorso, adottare immediatamente misure idonee per rimuovere tali rischi.

Proteggere se stessi: perché ...Il sangue, se infetto, può trasmettere delle malattie: l'Epatite B, l'Epatite C, AIDS, ecc. **non sapendo se siamo in contatto con un individuo sano, portatore o malato, dobbiamo comportarci come se tutti fossero potenzialmente infetti.**

DPI = dispositivo di protezione individuale: s'intende qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciare la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo.

I GUANTI rappresentano un dispositivo di protezione individuale indispensabile per svolgere interventi di primo soccorso (ferite, sangue dal naso, ecc), medicazioni, rimozione di materiale sporco di sangue. I più comunemente usati sono quelli in lattice, vinile e polietilene. I guanti indossati devono essere privi di difetti, e della giusta misura.

Vanno cambiarti in caso di contaminazione con materiale biologico e/o rottura, **ROVESCIANDOI** e non sfilandoli.

Successivamente occorre lavarsi accuratamente le mani.

1- PROTEGGERSI - PROTEGGERE

Telefonare al 118

Al telefono è necessario mantenere la calma e lasciare che sia l'operatore a formulare le domande; perché arrivino i mezzi più adatti si dovranno fornire precise informazioni:

- **che si chiama da San Marino**
- **indicare dove è successo** (via n. civico, telefono),
- **indicare cosa è successo** (incidente, malore, infortunio, ecc.),
- **il numero delle persone coinvolte,**
- **le condizioni cliniche del paziente** (stato di coscienza, respiro autonomo, ecc.)

RICORDIAMO A COSA CORRISPONDONO I CODICI DI EMERGENZA

CODICE ROSSO (PERICOLO):

- **situazione grave caratterizzata da immediato pericolo di vita**, alterazione di una delle tre funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa); ha precedenza assoluta e richiede la presenza di un medico a bordo dell'auto.

CODICE GIALLO:

- **situazione abbastanza grave ma per la quale non c'è immediato pericolo di vita** (assenti alterazioni delle funzioni vitali)

CODICE VERDE:

- **situazione non urgente ma con sintomatologia rilevante ad insorgenza acuta.**

CODICE BIANCO:

- **situazione non urgente con sintomatologia non rilevante ad insorgenza non acuta.**

E' comunque possibile ed utile che tutti conoscano e sappiano:

- **Fare alcune cose semplici che sono poche**
- **Molte sono le cose da non fare.**

Gli operatori scolastici sono tenuti a garantire un:

PRIMO SOCCORSO, cioè semplici manovre orientate a mantenere in vita l'infortunato ed a prevenire possibili complicazioni.

SCOPI FONDAMENTALI DEL PRIMO SOCCORSO, in attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso (nel caso vi sia necessità), sono:

- **Assicurare**, se possibile, la sopravvivenza dell'infortunato o della persona colpita da grave malore/incidente;
- **Evitare** subisca ulteriori danni prima dell'arrivo presso le strutture ospedaliere;
- **Provvedere** a semplici medicazioni.

CHI DEVE SOCCORRERE QUALSIASI PERSONA PUO' E DEVE PRESTARE SOCCORSO E DARE IMMEDIATO AVVISO

AZIONI CORRETTE:

- Mantenere sdraiato il soggetto e coprirlo.
- Tamponare un'emorragia.
- Parlargli per tranquillizzarlo, se l'infortunato è cosciente.

AZIONI ERRATE:

- Mettere in piedi o seduto l'infortunato.
- Somministrare bevande (caffè, acqua, superalcolici).
- Spostare l'infortunato in modo inadeguato e caricarlo in auto
- Togliere scarpe e pantaloni.
- Togliere eventuali corpi estranei (vetri, lamiere) penetrati nel corpo del soggetto

INCIDENTI ED EPISODI SANITARI PIÙ FREQUENTI NELLA SCUOLA

EPISTASSI

COSA FARE:

- Infilarsi i guanti a perdere.
- Far sedere il bambino con il **capo reclinato in avanti**.
- Tenere strette le narici del bambino per 1 minuto.
- Applicare, se disponibile, del ghiaccio sulla fronte.
- Allentare delicatamente la pressione e controllare se riprende a sanguinare.
- Se sì, mantenere nuovamente la pressione per 5 minuti senza interruzioni.
- Dopo, se continua a sanguinare, attivare il 118 e avvisare i genitori.
- Se il sanguinamento cessa raccomandare al bambino di non soffiarsi il naso per 4-5 h.

COSA NON FARE:

- Soccorrere il bambino senza guanti;
- Far reclinare il capo all'indietro (il sangue cade in gola e viene deglutito provocando vomito e non permette di valutare l'andamento e l'entità del sanguinamento);
- Pensare solo all'impacco freddo e dimenticare di tamponare le narici;
- Introdurre nelle narici cotone o altro.

FERITA SANGUINANTE DI PICCOLE DIMENSIONI

COSAFARE:

- Infilarsi i guanti a perdere;
- Lavare la ferita con acqua corrente oppure con acqua e sapone attorno alla ferita;
- Versare acqua ossigenata sulla ferita;
- Disinfettare attorno alla ferita con disinfettante usando garze sterili;
- Applicare la medicazione;
- Avvisare i genitori (ricordando loro di verificare lo stato della vaccinazione antitetanica).

COSA NON FARE:

- Non usare cotone, polvere antibiotica, alcool.

COSA FARE IN PRESENZA DI SANGUE NEGLI AMBIENTI (arredi, pavimenti, ecc.)

AZIONI CORRETTE:

- **Indossare i guanti a perdere che sono da tenere sempre a portata di mano.**
- Cospargere la superficie sporca **con candeggina 1:5 (100 cc di candeggina in 400 cc di acqua)** e lasciare agire per almeno 5 minuti.
- Pulire con salviette a perdere.
- Lavare la superficie con acqua e detergente.
- Disinfettare tutta la superficie con **candeggina diluita 1:5.**
- Riporre tutto in un sacco impermeabile, chiudere bene e gettare.
- Togliersi i guanti **ROVESCIANDOI e non sfilandoli.**

Lavarsi bene le mani

LA FEBBRE

Non è una malattia ma è un sintomo. E' una reazione naturale di difesa contro gli agenti infettanti che entrano nel nostro corpo, poiché il rialzo di temperatura ne ostacola la moltiplicazione. La febbre si misura a livello ascellare, possibilmente con termometri contenente galio.

Quando un bambino ha la febbre:

COSA FARE:

- Non occorre coprirlo eccessivamente, favorendo così la dispersione del calore;
- **Se la febbre raggiunge o supera i 37,5 °C avvertire i genitori;**
- **Valutare sempre la presenza di altri sintomi.**

Infatti, più che la misura della temperatura, sono le condizioni complessive del bimbo a dover essere valutate dall'insegnante.

Indipendentemente dalla temperatura registrata, un bimbo che fa fatica ad eseguire le normali attività scolastiche abitualmente svolte, merita particolare attenzione e può richiedere l'allontanamento dalla scuola.

TRAUMA CRANICO

Insorge per effetto di un colpo al capo, per lo più conseguente ad una caduta.

Il trauma cranico può causare vari tipi di lesioni, a seconda dell'intensità della forza che agisce e della sede ove si applica:

- **Lesioni esterne**, per lo più limitate a **lesioni del cuoio capelluto**, zona molto ricca di vasi sanguigni, per cui traumi anche piccoli provocano facilmente grossi bernoccoli o lividi, o, in caso di tagli, sanguinamenti abbondanti, che richiedono spesso punti di sutura.
- **Lesioni interne**, che possono andare dalla **contusione**, alla **commozione** sino all'**ematoma cerebrale**.
Non sempre la presenza di evidenti lesioni esterne è sinonimo di gravità, anzi a volte ad una tumefazione anche lieve possono seguire lesioni interne ben più gravi.

Più raramente si possono verificare **fratture** della volta e della base cranica.

Quindi, anche se un trauma sembra di lieve entità è bene controllare lo stato di salute del bambino perché l'insorgenza di specifici sintomi nelle ore successive al trauma ne indicano la gravità.

Necessaria l'informazione ai genitori.

COSAFARE:

- **Nei traumi cranici con perdita di coscienza chiamare 118** (a seguire informazione ai genitori)
- **Nei traumi cranici senza perdita di coscienza:**
 - Medicare eventuali ferite al cuoio capelluto
 - Porre del ghiaccio sul capo
 - Avvisare i genitori sull'accaduto

- Monitorare l'insorgenza di eventuali segni di aggravamento quali: variazione del comportamento del bambino come irrequietezza e/o sonnolenza eccessive, difficoltà nel camminare, cefalea intensa, vomito, ecc.

In questo caso, si richiamano i genitori e si valuta, in accordo con loro, l'attivazione del 118!!!

PUNTURA D'INSETTO (api, vespe, calabroni)

COSA FARE:

- Estrarre l'eventuale pungiglione cercando di evitare che il veleno penetri ancora di più.;
- Lavare con acqua e sapone e disinfettare con acqua ossigenata;
- Eventualmente applicare un impacco freddo per alleviare il dolore;
- Tenere in osservazione il bambino per 30 minuti per cogliere i segni di un'eventuale allergia (orticaria, prurito diffuso, solletico alla gola, fatica a respirare) per la quale si renda necessario l'intervento del 118.

LA PUNTURA DI ZECCA

Le malattie trasmesse da zecche sono causate dal morso di una zecca infetta.

La manifestazione più frequente di queste malattie è un tipico esantema cutaneo accompagnato talvolta da febbre, malessere, cefalea e dolori articolari.

Le zone maggiormente a rischio per la possibilità di morso da zecca sono gli ambienti boschivi, i sentieri poco battuti ed i prati incolti

Il periodo di maggior rischio per la puntura di zecca è compreso tra la primavera e l'autunno, ma in condizioni climatiche particolari il pericolo esiste tutto l'anno.

La trasmissione avviene per puntura di zecca: se la zecca rimane attaccata per meno di 36-48 ore, la possibilità di trasmissione delle malattie è generalmente bassa.

COME SI MANIFESTA: la puntura non provoca né dolore né prurito, per cui spesso passa inosservata, potendosi riscontrare casualmente attaccata alla pelle, per esempio durante la doccia o un bagno.

Quando si stacca la zecca, la zona della puntura si presenta come un piccolo rigonfiamento rosso con la zona centrale un po' ribassata, che si trasforma ben presto in crosta.

Raramente, nei giorni successivi, il bambino può avere febbre, eruzione cutanea ed ingrossamento dei linfonodi vicini.

COSA FARE:

- Nel caso si sospetti la presenza di una zecca avvisare i genitori che contatteranno il Pediatra / Medico Curante. L'eventuale rimozione della zecca deve essere effettuata cercando di serrare la presa il più vicino possibile alla pelle; tirare lentamente ma costantemente, con un

delicato movimento di rotazione, finché l'insetto non molla la presa. Se la testa rimane attaccata è bene inviare al Pronto Soccorso.

- Lavare le mani e la zona della puntura con acqua e sapone.

COSA NON FARE:

- Non cercare di rimuovere la zecca facendola oscillare o tirandola su bruscamente, favorendo così il distacco della testa.
- Non uccidere la zecca schiacciandola con le mani, né cercare di staccare la zecca interrompendo la respirazione con alcool o petrolio perché la zecca respira solo poche volte in un'ora. Tali tentativi possono inoltre indurre nella zecca il vomito, contribuendo a mettere in circolo tossine dannose.

COLPO DI CALORE

Nel colpo di calore o di sole, la cute è calda, con una temperatura corporea elevata; lo stato mentale è alterato, il respiro e il polso sono frequenti, la cute è secca.

COSA FARE:

- Spogliare il bambino e stenderlo in posizione supina;
- Raffreddarlo con acqua o borsa di ghiaccio, evitando bruschi raffreddamenti;
- In caso di shock porre il soggetto in posizione supina con gambe sollevate.

LA PREVENZIONE: il bambino/ragazzo che gioca all'aperto nella stagione calda deve sempre proteggere il capo con un capellino ed assumere un'adeguata quantità di liquidi al fine di garantirgli un'adeguata idratazione.

CORPI ESTRANEI CONFICCATI

COSA FARE:

- Immobilizzare l'oggetto disponendo attorno tamponi di garza, fissando i tamponi con cerotti o bende;
- Chiamare il 118.

COSA NON FARE:

- Non rimuovere il corpo estraneo conficcato, né toccare l'oggetto evitando così di spostarlo accidentalmente.

LE FRATTURE

SINTOMI E/O SEGNI DI FRATTURA:

- Dolore vivo dolore con deformazione o irregolarità del profilo osseo nella zona interessata;
- Gonfiore con limitazione funzionale dell'arto interessato (ridotta o impedita capacità di movimento).

SINTOMI DI GRAVITÀ:

- Perdita di sensibilità dei tessuti a valle della zona interessata;
- Presenza di torpore o formicolio;
- Raffreddamento dei tessuti a valle con cambiamento di colorito cutaneo.

COSAFARE

- Chiamare il 118;
- Avvertire i genitori.

COSA NON FARE:

- Tentare di allineare l'osso;
- Effettuare manipolazioni;
- Spostare l'infortunato, se non necessario

LE USTIONI

Si tratta di lesioni della pelle dovute a alte temperature, radiazioni, sostanze chimiche, corrente elettrica.

CLASSIFICAZIONE:

I° grado: interessa solo lo strato superficiale della cute e si evidenzia clinicamente con rossore, gonfiore e dolenzia della zona esposta;

II° grado: il danno è più profondo e porta alla formazione di vescicole piene di liquido (flittene). In questo caso il dolore è urente, il gonfiore è marcato, vi è un'ipersensibilità della zona interessata;

III° grado: si registra la necrosi dei tessuti, con assenza di dolore ma prevalenza dei segni e sintomi dello shock.

COSA FARE:

- Chiamare il 118 solo per ustioni di II° e III° grado

COSA NON FARE:

- Rotolare il paziente sul suolo;
- Sfilare gli abiti se aderenti alla cute ustionata;
- Applicare sostanze sulla cute;
- Aprire le vescicole.

INGESTIONE SOSTANZE TOSSICHE/VELENOSE

L'intossicazione può avvenire per ingestione, inalazione, assorbimento attraverso la cute di una determinata sostanza.

COSAFARE:

- **In caso di ingestione** chiedere notizie in merito al tipo ed alla quantità di sostanza ingerita;
- **In caso di inalazione**
- Portare il soggetto in un altro ambiente o all'esterno.
- In ogni caso valutare le funzioni vitali.
- Mettere il paziente, qualora incosciente, in posizione laterale di sicurezza;
- Chiamare il 118, segnalando le condizioni del paziente, il tipo di sostanza ingerita/inalata ed il tempo trascorso dall'ingestione o inalazione.

COSA NON FARE:

- Somministrare liquidi;
- Stimolare il vomito, in particolare se il soggetto è incosciente o ha accidentalmente ingerito varechina o altre sostanze caustiche.

ROTTURA DI UN DENTE

COSAFARE:

- Tranquillizzare il bambino traumatizzato;
- Detergere la zona traumatizzata con garze bagnate con soluzione fisiologica o con acqua;
- Tamponare, se possibile, la zona ferita con garze bagnate o con un fazzoletto, limitando o bloccando così il sanguinamento;

- Applicare impacchi freddi (borsa del ghiaccio) sul viso in corrispondenza della zona colpita;

In caso di avulsione (fuoriuscita del dente) o frattura della corona su denti permanenti

- Recuperare dal luogo dell'incidente i denti o i frammenti danneggiati dal trauma e conservarli in un recipiente contenente latte o soluzione fisiologica o saliva.
- Sciacquare il dente sotto acqua corrente senza utilizzare lo spazzolino o altri strumenti per pulirlo (ciò per non danneggiare il legamento paradontale presente sulla radice che, anche se lacerato, va conservato);

Su **denti da latte** non è necessario recuperare gli elementi danneggiati, in quanto risulta impossibile il loro riposizionamento.

Qualora vi sia un trauma che abbia prodotto frattura, avulsione o lussazione, consultare il dentista di fiducia o un centro specializzato entro due ore dal trauma (conservare comunque il dente con le modalità sopra indicate, perché c'è sempre la possibilità di un reimpianto).

OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

Può accadere, soprattutto nei primi anni di vita, che un bambino inalì o gli vada di traverso un corpo estraneo. L'ostruzione che ne consegue può essere:

PARZIALE e si manifesta con tosse, dispnea, possibili sibili inspiratori,

COMPLETA e si verifica impossibilità di parlare, respirare, tossire.

Segnale universale di soffocamento e la comparsa di rapida cianosi, con segno di mani alla gola e possibile perdita di coscienza.

COSAFARE:

- Se l'ostruzione è parziale incoraggiare la vittima a tossire;
- Se la vittima diventa debole, smette di tossire o respirare, a seconda dell'età è possibile:
- Dare fino a 5 colpi dorsali fra le scapole (fino ai 2 anni di età);
- Se di età superiore si consiglia la manovra di Heimlich (compressioni addominali), tenendo il paziente in piedi.

Cos'è la manovra di Heimlich:

Si attua utilizzando le mani per esercitare una pressione sotto il diaframma. Ciò provoca anche la compressione dei polmoni ed a sua volta un aumento della pressione intratoracica con facilitazione dell'espulsione di qualsiasi oggetto si trovi nella trachea.

La manovra di Heimlich è una manovra invasiva che può arrecare danni anche se eseguita correttamente. In nessun caso dovrà essere effettuata su una persona che respira o che è in grado di parlare o tossire.

Deve essere svolta da personale che ha effettuato un corso di primo soccorso.

POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA (PLS)

Consente di far uscire spontaneamente dalla bocca eventuali liquidi e qualsiasi altro materiale organico (vomito, sangue, ecc.), riducendo quasi completamente il rischio che vengano inalati provocando soffocamento del piccolo paziente.

Anche la lingua viene così mantenuta in posizione corretta evitando che ricada all'indietro ostruendo le vie aeree.

Un soggetto incosciente dovrebbe sempre essere posto in PLS prima di essere lasciato solo per chiamare aiuto

PATOLOGIE PARTICOLARI

ASMA BRONCHIALE

L'asma è stata descritta fin dal V secolo a.C. dal famoso medico dell'antichità Ippocrate. L'origine della parola è greca e significa **“respirare a fatica” o “ansimare”**.

L'asma è una malattia caratterizzata dall'infiammazione delle vie aeree che diventano particolarmente sensibili a numerosi stimoli (*per esempio, allergeni, virus, esercizio fisico*), con conseguente broncocostrizione, cioè restringimento del calibro dei bronchi. A causa di ciò il passaggio dell'aria diventa difficoltoso e risulta **particolarmente difficile inspirare e, soprattutto, espirare**.

SINTOMI

I disturbi tipici della malattia sono: difficoltà di respiro (detta anche dispnea) accompagnata da una respirazione rumorosa (fischi e/o di sibili).

Nei bambini più piccoli i sintomi dell'asma non sono specifici, cioè non indirizzano subito verso il suo riconoscimento. Di solito, infatti, la malattia si presenta con una tosse secca e stizzosa, che può sembrare una manifestazione delle tante infezioni respiratorie virali, frequenti nella stagione invernale.

I FATTORI SCATENANTI

Possono essere diversi, tra questi i più comuni sono alcuni **ALLERGENI** (*acari, pollini, peli o piume di animali, alimenti*), sostanze *innocue per le persone non allergiche*, ma capaci di determinare la comparsa di sintomi specifici (dermatite atopica, orticaria, asma, rinite, congiuntivite, ecc.)

La polvere di casa è costituita da diverse componenti che possono comprendere *fibre, spore fungine, pollini, insetti e loro feci, detriti animali, acari e feci di acaro*.

Gli allergeni degli acari domestici sono presenti sul corpo degli insetti, nelle loro escrezioni e rappresentano i principali allergeni presenti nella polvere di casa.

Gli acari si nutrono di detriti epidermici umani ed animali e si trovano quindi sui pavimenti, nei tappeti, nei materassi, nelle tende e nei tessuti per l'arredamento.

Le condizioni che ne consentono la crescita sono una temperatura compresa tra i 22° e 26°C ed un'umidità relativa superiore al 55%.

Allergeni di animali domestici

Gli animali domestici a sangue caldo liberano allergeni attraverso le secrezioni (*saliva*), le escrezioni (*urine*) e i detriti epidermici.

Pollini

Gli allergeni dei pollini in grado di causare asma provengono principalmente dagli *alberi, dai prati e dalle erbe infestanti*.

La concentrazione dei pollini nell'aria *varia nelle diverse località*, ma in genere **i pollini degli alberi (oleacee, betulacee e così via) prevalgono in primavera**.

I pollini di piante erbacee come graminacee e urticacee (*parietaria*), vengono rilasciati **in primavera e in estate**, mentre quelli delle **composite** (*artemisia ed ambrosia*) prevalgono in **autunno**.

Alimenti

I più comuni allergeni alimentari sono: *proteine del latte vaccino, uovo, pesce, frutta secca, insaccati, crostacei, fragole, ciliegie, albicocche, pesche e arachidi. Funghi*.

Muffe e lieviti possono agire come allergeni inalatori (fra questi vi è l'*Alternaria*).

Il buio, l'umidità e le aree scarsamente ventilate rappresentano un ottimo substrato per la crescita dei funghi negli ambienti interni.

Virus

Le infezioni respiratorie virali costituiscono una delle cause principali di peggioramento dei sintomi asmatici.

Evitare la permanenza dei bambini in ambienti eccessivamente riscaldati in quanto la secchezza dell'aria irrita le mucose nasali; evitare anche i bruschi ed improvvisi sbalzi di temperatura.

ESERCIZIO FISICO

L'attività fisica, intesa non solo come *attività sportiva vera e propria* ma anche come *attività ludico-ricreativa*, costituisce uno dei più frequenti fattori scatenanti il peggioramento dei sintomi asmatici *nei bambini e nei giovani*.

Anche se non può essere definito alla stregua di un'attività fisica, lo stress emotivo, come le manifestazioni di riso, pianto, collera o paura, può provocare un peggioramento dei sintomi asmatici.

FATTORI AMBIENTALI

Fumo (attivo e passivo)

Il fumo passivo prodotto dal tabacco, che brucia a temperatura superiore, è particolarmente irritante per la mucosa bronchiale.

Il fumo materno, durante la gravidanza, associato al fumo di un altro componente familiare dopo la nascita del bambino, aumenta il rischio per i bambini di sviluppare asma e respiro sibilante

Inquinamento atmosferico

All'inquinamento atmosferico contribuiscono sia gli inquinanti degli ambienti esterni (*smog industriale, ozono, ossidi di azoto, inquinamento automobilistico*) che quelli degli ambienti interni (*ossidi di azoto, monossido di carbonio, anidride carbonica da riscaldamento e cucine alimentate a metano, legna carbone, e così via*).

Nella cura dei sintomi asmatici **è importante uno stretto rapporto di collaborazione tra medico, bambino, genitori ed insegnanti** per imparare a conoscere la malattia ed a controllarla, **sotto la guida del personale medico**.

L'asma spesso necessita di un **duplice approccio terapeutico**, da una parte la terapia continuativa, per tenere sotto controllo l'infiammazione delle vie respiratorie e prevenire sintomi e riacutizzazioni, dall'altra una **terapia "al bisogno"** solo quando sono presenti i sintomi.

Il personale scolastico deve essere informato dai genitori dei possibili rischi per un bambino asmatico e della potenziale gravità di crisi a cui potrebbe andare incontro il bambino. In questi casi è necessaria la stesura del Piano di Assistenza Personalizzato (PIP) redatto dal Pediatra dell'I.S.S., dopo un incontro congiunto con genitori ed insegnanti. Nel PIP vengono specificate le terapie in atto e le istruzioni da seguire in caso di necessità, così come gli alimenti e/o farmaci da evitare nel caso in cui il bambino fosse allergico a queste sostanze.

CRISI ASMATICA

Per il bambino di cui non è nota la condizione di bronchite spastica o asma, che lamenta difficoltà respiratoria a carattere ingravescente accompagnata da sintomi clinici di marcato impegno respiratorio o di insufficiente ossigenazione (cianosi periorale, polipnea e dispnea) si rispettano le indicazioni riportate nel P.I.P., condivise con insegnanti e genitori.

I genitori del bambino affetto da tale patologia consegneranno agli insegnanti gli eventuali farmaci indicati nel P.I.P.

La mensa scolastica deve essere debitamente allertata su eventuali diete particolari e quindi su componenti da evitare nella preparazione del pasto;

E' opportuna una pulizia e una detersione costante e scrupolosa dei locali scolastici come già indicato;

L'insegnante di educazione fisica dovrebbe sostenere la partecipazione del bambino alle attività accertandosi che porti con sé ed assuma preventivamente i farmaci eventualmente necessari. Dovrà comunque prestare attenzione alla possibile insorgenza, nel corso della lezione, di sintomi tali da imporre l'immediata sospensione dell'attività motoria, intervenendo con atteggiamento rassicurante il bambino/ragazzo consigliando la posizione seduta ed allentando abiti che possono limitare i movimenti toracici.

LE CONVULSIONI FEBBRILI

L'episodio convulsivo febbrile deve essere considerato soltanto come una particolare reazione del Sistema Nervoso Centrale alle brusche variazioni della temperatura corporea.

Può verificarsi in 2-5 bambini su 100, generalmente al di sotto dei 5-6 anni di età.

Si manifesta con perdita di coscienza unita a scosse ai quattro arti, oppure con uno stato di irrigidimento generale. Questi fenomeni possono durare alcuni minuti, seguiti da una fase di profonda sonnolenza.

Nel 70% dei casi non si verificano più recidive, mentre nel 30% dei casi è possibile la comparsa di una o più recidive, anche a distanza di mesi, ma sempre in presenza di febbre.

COSAFARE

- **In caso di primo episodio, attuare le indicazioni fornite al corso PBLs, posizionare il bambino in modo corretto, attivare il 118 ed informare i genitori.**
- **In caso di bambino conosciuto già affetto da tale condizione, insieme con genitori e pediatra verrà stilato un piano d'intervento personalizzato e si seguiranno le indicazioni ivi riportate.**
- **A scuola i genitori porteranno il farmaco prescritto per il controllo della crisi, come indicato nel piano terapeutico su indicato.**

PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACO ANTICONVULSIVO (MICROPAM)

1° EPISODIO

Laddove la sintomatologia convulsiva si manifesti per la prima volta all'interno del presidio scolastico il personale presente dovrà attivarsi per:

- **Un adeguato contenimento del bambino (punto 2 capitolo successivo)**
- **La chiamata al 118**
- **L'avviso ai genitori**

PATOLOGIA NOTA

Per la presa in carico di un bambino affetto da patologia convulsiva (febbrile o meno) si trasmettono le seguenti indicazioni:

- I genitori informano le insegnanti della condizione del loro bambino;
- Le insegnanti informano la propria direzione scolastica di tale condizione;
- La direzione scolastica contatterà il direttore della Pediatria per fissare una data in cui redigere il P.I.P.

IL BAMBINO CON GRAVI ALLERGIE: LO SHOCK ANAFILATTICO

I genitori di bambini affetti da tale condizione la segnaleranno alle insegnanti che, a loro volta, informeranno la direzione scolastica circa la necessità di stilare il P.I.P.

La direzione scolastica attiverà il direttore della U.O.C. di Pediatria, fissando l'incontro per la stesura del P.I.P..

In questo piano verranno indicati i fattori scatenanti l'eventuale crisi allergica/anafilattica e le attenzioni da osservare per evitarne la comparsa.

Qualora iniziassero a comparire nel bambino “a rischio” i primi sintomi e/o segni di reazione allergica/anafilattica è opportuno seguire le indicazioni riportate nel P.I.P..

Nel caso in cui una sintomatologia respiratoria importante si presentasse, associata o meno ad altri sintomi suggestivi per reazione allergica (dopo un pasto o in caso di soggiorno all’aperto), in un bimbo non riconosciuto essere a rischio, è necessario:

- **Posizionare il bambino in decubito supino** e monitorare sintomi e/o segni clinici;
- Chiamare subito il 118, specificando il tipo di problema al personale sanitario;
- Avvertire i genitori;

L'adrenalina è il trattamento di elezione in caso di reazione di anafilassi perché è in grado di fare regredire prontamente i sintomi.

Nome commerciale: è JEXT (150 o 300 microgrammi)

Conservazione: l'adrenalina è sensibile alla luce ed al calore pertanto il farmaco va conservato a temperatura ambiente ed al riparo dalla luce. Anche se l'adrenalina auto iniettabile è pronta all'uso e può essere somministrata attraverso i vestiti, è sempre preferibile eseguirla direttamente sulla cute e, se possibile, previa disinfezione del punto di iniezione.

Nel P.I.P. vengono riportate le modalità corrette di somministrazione del farmaco.

IL DIABETE INSULINO - DIPENDENTE (TIPO 1)

COS'E' IL DIABETE?

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata da elevati livelli di zucchero nel sangue.

Gli zuccheri sono la principale fonte di energia per il corpo umano. Lo zucchero, assorbito dall'intestino, passa nel sangue e viene trasportato a tutte le cellule del nostro organismo. Le cellule del cervello utilizzano direttamente lo zucchero mentre negli altri distretti corporei (fegato, muscoli, tessuto adiposo) lo zucchero, per essere utilizzato, ha bisogno che nel sangue sia presente l'ormone **INSULINA**., prodotto dalle cellule beta del pancreas, che ha la funzione di far entrare lo zucchero nelle cellule di fegato, muscoli e tessuto adiposo. E' paragonabile ad una “chiave” che apre la porta delle cellule per far entrare lo zucchero che successivamente verrà utilizzato.

Senza insulina il glucosio assorbito dall'intestino durante i pasti non può entrare nelle cellule dell'organismo con conseguente accumulo nel sangue (iperglicemia).

CLASSIFICAZIONE

In relazione all'assenza o alla scarsa efficienza dell'insulina si distinguono vari tipi di diabete:

DIABETE MELLITO TIPO 1, dove la mancanza di insulina insorge bruscamente, soprattutto in giovane età, ed è correlata ad una distruzione autoimmune delle cellule del pancreas che producono insulina (cellule Beta).

DIABETE MELLITO TIPO 2, dove l'insulina è presente ma non riesce a funzionare bene. Insorge lentamente, soprattutto negli adulti in sovrappeso o francamente obesi, ed è essenzialmente correlato alla resistenza dei tessuti all'azione dell'insulina.

EQUILIBRIO GLICEMICO

La glicemia normalmente oscilla fra i valori di 80 – 110 mg/dl: se si supera questo limite verso valori più alti si parla di iperglicemia; se i valori scendono sotto i 60 – 70mg % si parla di ipoglicemia.

La quantità di glucosio nel sangue è controllata principalmente da due ormoni: l'insulina e il glucagone, prodotti entrambi dal pancreas.

Anche altri ormoni possono influenzare la glicemia: il cortisolo, le catecolamine e il GH.(ormoni iperglicemizzanti).

Quando dopo un pasto la glicemia aumenta, le beta cellule del pancreas rilasciano insulina, proporzionalmente ai livelli di zucchero, per immagazzinarlo nel fegato, nei muscoli e nel tessuto adiposo, abbassando così la glicemia a valori normali.

Quando la glicemia si abbassa troppo, le alfa cellule del pancreas rilasciano glucagone che libera la riserva di zucchero contenuta nel fegato (sotto forma di GLICOGENO) permettendo così alla glicemia di risalire a valori normali.

Quando manca l'insulina, lo zucchero non può entrare nelle cellule e si accumula nel sangue mentre le cellule rimangono a "digiuno". Lo zucchero, superato un valore soglia nel sangue (180 mg/dl), passa nelle urine(GLICOSURIA) e si trascina in questo passaggio molta acqua.

Quindi **il bambino inizia ad urinare ed a bere abbondantemente.**

Le cellule dell'organismo, al fine di interrompere il loro digiuno, ricorrono all'utilizzazione dei grassi corporei che, a differenza degli zuccheri, non hanno bisogno dell'insulina per essere trasformati in energia.

La loro utilizzazione porta alla formazione da parte del fegato dei cosiddetti corpi chetonici (ACETONE) che sono tossiche per l'organismo. Si realizza così un quadro clinico grave conosciuto come **CHETO ACIDOSI DIABETICA.**

IPOGLICEMIA

Al paziente diabetico in terapia con insulina può succedere un eccessivo abbassamento della glicemia.

Con valori inferiori a 60 mg/dl. Possono comparire i seguenti **SINTOMI:**

pallore, sudorazione fredda, tachicardia, stanchezza, nausea, mal di pancia, disturbi del comportamento, mal di testa, ecc.

IPOGLICEMIA GRAVE

Non sopravviene mai all'improvviso ma solo dopo aver trascurato i segni precedenti senza intervenire.

COSA FARE

- Avvisare i genitori
- **Seguire le indicazioni riportate nel “piano terapeutico” condiviso con i genitori, il pediatra e la direzione scolastica.**

IL BAMBINO DIABETICO A SCUOLA

Il giovane diabetico trascorre molte ore della giornata in ambiente scolastico spesso rimanendo anche per pranzo. Per tale motivo gli insegnanti devono essere correttamente informati sulla malattia diabetica, sulle modalità e tempi del controllo glicemico utilizzati dall'alunno e sui possibili sintomi correlati alle alterazioni glicemiche, sia in eccesso (iperglicemia) che in difetto (ipoglicemia).

E' importante, in particolare, riconoscere prontamente i segni dell'ipoglicemia che necessita di pronta correzione, come da indicazioni riportate nel P.I.P.

Nel caso. Invece, di iperglicemia possono comparire sintomi quali cefalea, sete intensa e poliuria. Il ragazzo diabetico può quindi avere esigenze particolari:

- Sulla base dei controlli glicemici può richiedere di uscire dall'aula più spesso dei compagni;
- Può necessitare di assumere alimenti capaci di innalzare la glicemia (secondo quanto indicato nel P.I.P.
- Può richiedere aggiustamenti nell'infusione d'insulina programmata.

Da quanto detto **consegue l'opportunità che l'intero gruppo docente sia informato della presenza dell'alunno diabetico e di come affrontare le eventuali “emergenze” metaboliche.**

A tal proposito, viene suggerito che l'insegnante e il ragazzo diabetico stesso espongano alla classe il tipo di malattia e ciò che essa comporta: il diabete del compagno diviene momento di educazione per tutti.

A tal fine, è necessario condividere con i genitori e con lo stesso alunno (se in età scolare) le modalità ritenute idonee a trasmettere l'informazione ai compagni della classe.

La malattia diabetica non deve comunque creare differenze nell'ambito scolastico, né deve essere “usata” dal ragazzo per ottenere attenzioni particolari e/o privilegi.

Il rendimento scolastico è indipendente dalla malattia: solo in situazioni particolari (ipoglicemia protratta, chetosi) possono verificarsi piccole “defaillance” intellettive.

IL RAGAZZO DIABETICO E LA REFEZIONE SCOLASTICA

L'alimentazione del ragazzo diabetico deve essere libera, equilibrata, frazionata, con sola limitazione per gli zuccheri a rapido assorbimento.

Libera: il ragazzo diabetico si alimenta come i coetanei. Il fabbisogno calorico è in funzione di diversi parametri quali età, altezza, peso corporeo, attività fisica.

Equilibrata: tutti i gruppi nutrizionali devono essere presenti in ogni pasto (anche in un semplice spuntino) rispettando un certo equilibrio: glucidi 60%, lipidi 25-30%, protidi 12-15%.

Quindi, l'alimentazione del bambino diabetico insulino-dipendente prevede principalmente l'uso di zuccheri a lento assorbimento.

Frazionata: il frazionamento in tre pasti principali e tre spuntini (a 1/2 mattina, a 1/2 pomeriggio e prima di coricarsi) è necessario per cercare di evitare episodi ipoglicemici e/o picchi iperglicemici post-prandiali.

Esclusione-limitazione: è costituita dagli zuccheri semplici a rapido assorbimento. Nel caso di scuola a tempo pieno il ragazzo deve essere attento alla scelta dei cibi ed è generalmente in grado di autogestirsi.

Per il bambino piccolo, invece, sarà opportuno fornire delle semplici indicazioni al personale della mensa in modo che gli venga offerto un menù corretto.

Il bambino diabetico che si attiene alle indicazioni riportate nel P.I.P. segue una dieta sana e corretta.

Ciò malgrado, non si può escludere che in particolari circostanze (feste scolastiche, compleanni dei compagni...) al ragazzo possa essere concesso di assumere qualche dolce: un'eventuale iperglicemia verrà adeguatamente corretta a domicilio.

LE GITE

Rappresentano per il ragazzo diabetico un momento di socializzazione con i compagni e d'iniziale autonomia nella gestione della malattia.

Il ragazzo in grado di autogestirsi porterà con sé, per la gita di una giornata, quanto necessario per la sua condizione.

Se la gita è di più giorni, magari all'estero, è opportuno che le insegnanti responsabili si muniscano del P.I.P. dell'alunno.

Per il bambino più piccolo, invece, è necessaria la presenza di un familiare responsabile della terapia.

Per quanto riguarda l'alimentazione si cercherà di adeguarla a quella dei compagni, prevedendo l'opportunità di avere sempre a disposizione degli zuccheri a lento assorbimento (pane, cracker, fette biscottate, ecc.) soprattutto se la gita prevede un'impegnativa attività fisica (visita a città d'arte e a siti archeologici, escursioni alpine, itinerari naturalistici, ecc.).

ATTIVITÀ FISICA

Una regolare attività fisica è particolarmente utile in quanto, unitamente alla terapia insulinica ed alla corretta alimentazione, permette il raggiungimento di un buon controllo metabolico.

L'attività fisica facilita l'utilizzo del glucosio da parte delle cellule muscolari.

Il ragazzo diabetico può praticare con tranquillità tutti gli sport, a parte alcuni quali:

roccia, paracadutismo, boxe, sport subacquei..., troppo rischiosi in caso di ipoglicemia.

NON E' NECESSARIA ALCUNA CERTIFICAZIONE PER L'EDUCAZ. FISICA A SCUOLA.

La certificazione è richiesta solo in caso di attività fisica agonistica

Alcuni accorgimenti che si rendono indispensabili per svolgere attività fisica sono:

- Controllo glicemico prima e dopo l'attività sportiva;
- Corretta alimentazione (l'attività fisica dovrebbe essere preceduta da un pasto o da uno spuntino a base di zuccheri lenti. Se prevista a fine mattinata, si rende consigliabile uno spuntino supplementare);
- **Adattamento insulinico in previsione dell'educazione fisica: i genitori, a casa, devono adeguare la dose di insulina del mattino in base alle attività programmate.**

ADOLESCENZA E DIABETE

L'adolescenza è una fase dello sviluppo in cui si verificano macroscopiche trasformazioni: a livello corporeo, con un riassetto ormonale, una maturazione delle capacità intellettive, l'elaborazione di tensioni e conflitti emotivi che portano ad un'identità sessuale stabile.

Si realizza l'adattamento a nuove condizioni sociali per giungere all'assunzione di ruoli adulti e definitivi.

Particolare importanza assume la percezione delle trasformazioni fisiche che ha immediati riflessi a livello psicologico, con la ricostruzione dell'immagine del proprio corpo che comporta la messa in discussione della stessa identità personale.

Nel ragazzo diabetico questo periodo di crisi assume una connotazione generalmente più marcata ed ogni aspetto descritto precedentemente presenta toni più intensi. La rapida crescita corporea provoca uno squilibrio metabolico con frequenti scompensi glicemici, ciò che rende particolarmente difficoltosa la gestione della terapia insulinica.

L'adolescente vive conflittualmente il rapporto con il proprio corpo che cambia e tale conflitto può tradursi in un rifiuto della malattia, vissuta come elemento di diversità ed estremizzata nei suoi aspetti limitanti.

La reazione più frequente è l'opposizione alle rigide regole della terapia e del controllo fino ad arrivare, in alcuni casi, al completo rifiuto e alla sospensione di essi.

La "normale" messa in discussione dei rapporti con i genitori, con la scuola, con la realtà nel suo complesso, può acuirsi in un atteggiamento di chiusura verso l'esterno.

Il ragazzo diabetico si percepisce come "diverso" e, temendo il giudizio degli altri, nasconde la sua malattia, a volte, anche gli insegnanti.

Va sottolineato che il diabete, in questo contesto di crisi, può assumere un peso così rilevante da poter essere erroneamente assunto come la «chiave di lettura di ogni problema che il ragazzo manifesta».

Come nella generalità delle crisi adolescenziali, molto dipende dal percorso educativo precedente, dal ruolo che il diabete ha assunto nella realtà del ragazzo a livello familiare, scolastico, sociale.

Va comunque tenuto conto del maggior grado di rischio presente per un ragazzo diabetico nell'affrontare questa fase evolutiva, già di per sé difficile, per cui si rende necessaria una comune e coerente azione educativa e di supporto al ragazzo da parte della famiglia e delle figure educative con cui il ragazzo si confronta quotidianamente.

DIABETE, FAMIGLIA E SOCIETÀ

Il bambino diabetico può condurre una vita normale?

Il diabete può essere un ostacolo alla vita di relazione del ragazzo, nella sua esperienza scolastica o nel mondo del lavoro?

Sono forse le prime domande che un genitore si pone quando scopre che suo figlio è diabetico. Possiamo affermare che **il diabete è «una condizione che condiziona»**:

condiziona al rispetto di alcune sane regole alimentari, alla dipendenza della terapia, alla costanza del controllo, tutti aspetti che, attraverso l'esperienza quotidiana, entrano nella routine giornaliera. Tale condizionamento, però, nella vita del bambino diabetico va limitato agli aspetti descritti e non deve divenire motivo di emarginazione né di preclusione di un normale sviluppo. Ciò dipende molto da come il bambino e la sua famiglia convivono con la patologia e dal posto che essa occupa nella loro realtà familiare e sociale. La condivisione della presa in carico del problema da parte di più membri della famiglia è molto importante perché coinvolge e responsabilizza ognuno, aiutando a gestire con maggior sicurezza le pratiche quotidiane della terapia e del controllo glicemico. La serenità del clima familiare, la convinzione che il bambino diabetico non è un "diverso", deve stimolarlo ed incoraggiarlo a non confrontarsi con un modello di "malattia" ma, piuttosto, con modelli di sicurezza ed autorealizzazione, alla base di un positivo inserimento del bambino nel proprio ambiente di vita, di gioco, di studio.

L'insegnante, l'educatore, l'operatore sportivo vanno informati dai genitori della patologia del loro figlio. Le indicazioni offerte nelle pagine precedenti sono importanti perché le persone che seguono il ragazzo si sentano rassicurate ed affrontino consapevolmente eventuali difficoltà.

In genere i bambini diabetici (con esordio precoce) arrivano già alla scuola elementare con una sufficiente acquisizione rispetto alla malattia, tanto da essere in grado, loro stessi, di dare indicazioni in merito agli insegnanti. Sin dall'inizio della malattia, infatti, il bambino con diabete diventa protagonista del suo rapporto con questa condizione: impara presto le modalità del controllo e della terapia, dimostrando (soprattutto se è piccolo) una sorprendente capacità di accettazione e di adattamento. Nessuna esperienza o impegno sociale sono preclusi al bambino diabetico, né il diabete compromette il raggiungimento di buoni risultati, tanto che noti campioni sportivi, uomini politici ed artisti sono diabetici.

Va invece superato il pregiudizio di chi non conosce la malattia e che, temendola, ne amplifica gli effetti, la ritiene un handicap invalidante discriminando chi ne è colpito.

Il lavoro che impegna associazioni e medici che lavorano in questo campo è la sensibilizzazione e l'informazione rivolta a tutti perché la conoscenza del problema si diffonda a tutti i livelli della popolazione.

INDICAZIONE ALL' EVENTUALE USO DI GLUCAGONE

Se previsto nel piano terapeutico, si può rendere necessaria un'iniezione di **glucagone** (ormone antagonista dell'insulina che fa liberare depositi di glicogeno dal fegato, con azione iperglicemizzante) che **AGISCE IN 2-4 MINUTI**.

LA CONFEZIONE: 1 SIRINGA SOLVENTE- 1 FLACONCINO POLVERE

Nome commerciale: GlucaGen

Conservazione: in frigo a +2 +8 °C (anche a temperatura ambiente ma la durata è inferiore)

CONSIGLIO: tenere sempre nel frigo 2 confezioni (per i casi di rottura, durante la preparazione, del primo flaconcino e/o siringa).

Possibilmente iniettare nella regione deltoidea o regione laterale delle cosce o addome.

Dopo che il bambino ha risposto alla terapia somministrare zuccheri per bocca.

Se il paziente rimane in stato di incoscienza e non trae giovamento dopo l'iniezione di Glucagen, è necessaria l'assistenza medica (118).

LA PREPARAZIONE DELL'INIEZIONE

- Rimuovere il coperchio della fiala e la protezione dell'ago
- Disinfettare il gommino della fiala
- Iniettare il diluente presente nella siringa nella fiala di glucagen polvere
- Senza estrarre la siringa, agitare leggermente per consentire alla polvere di sciogliersi nel liquido diluente
- Aspirare la quantità necessaria (per i pazienti con un **peso corporeo superiore a 25 Kg, va iniettata l'intera dose**. Per i **soggetti che pesano meno di 25 Kg, va iniettata META' dose**
- **Iniezione intramuscolare (o sottocutanea) possibilmente nella regione deltoidea o regione laterale delle cosce o addome.**

Dopo che il bambino ha risposto alla terapia somministrare zuccheri per bocca.

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Premessa: gli studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola, a causa di patologie acute o croniche possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico durante l'orario di scuola.

Tale necessità, soprattutto per quanto riguarda le patologie croniche (diabete giovanile per es.), non può costituire ostacolo alla frequenza scolastica dell'alunno; l'essere portatore di una patologia cronica non deve costituire, infatti, fattore di emarginazione per lo studente.

Al fine di evitare incongrue somministrazioni di farmaci in ambito scolastico ma, nel contempo, salvaguardando il diritto alla cura degli studenti portatori di patologia cronica, si conviene quanto segue:

Autorizzazione alla somministrazione in ambito scolastico di farmaci, solo in caso di effettiva ed assoluta necessità, rappresentata da patologie croniche e/o di patologie acute pregiudizievoli per la salute del bambino.

In ambito scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico.

La richiesta di somministrazione del farmaco deve essere inoltrata dai genitori o dal tutore alla Direzione Scolastica la quale attiverà il direttore della Pediatria per la stesura condivisa (con genitori ed insegnanti) del P.I.P..

Il Dirigente Scolastico:

autorizza la somministrazione del farmaco, una volta acquisita la documentazione dal genitore/tutore, sensibilizza il personale che deve offrire la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco organizzando loro, all'occorrenza, momenti informativi / formativi necessari o richiesti. Lo stesso direttore deve disporre per la corretta conservazione dei farmaci e per la disponibilità di spazi adeguati all'assistenza del bambino, nelle diverse fasi previste

Il pediatra: è disponibile a garantire momenti informativi/formativi eventualmente richiesti e alla stesura condivisa dei piani d'intervento personalizzati sul singolo alunno, insieme con i suoi genitori e gli operatori scolastici di riferimento.

Il Personale Docente e non Docente responsabile della eventuale somministrazione del farmaco è sollevato da ogni responsabilità penale e civile derivate dalla somministrazione della terapia farmacologica, se effettuata nelle modalità concordate.

In ogni caso, il personale scolastico è deputato alle prime e più semplici manovre di primo soccorso, in caso di emergenza sanitaria.

Il Genitore / Tutore del ragazzo, fornisce al dirigente scolastico la documentazione prescritta, completa di recapiti telefonici con cui sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le eventuali emergenze;

fornisce il farmaco (tenendo nota della scadenza) così da garantire, soprattutto nelle terapie continuative, la validità del prodotto in uso.

Autosomministrazione: premesso che l'autosomministrazione del farmaco è da incentivare in alcune situazioni cliniche (diabete, asma allergico, compatibilmente con l'età del bambino ed il suo addestramento da parte di strutture sanitarie specializzate), anche in questo caso il genitore deve farne richiesta al Dirigente scolastico attraverso la compilazione di specifico modulo al quale deve sempre essere allegata la prescrizione medica.

(Nel caso di studenti maggiorenni, verrà fatta da parte dello studente comunicazione al Dirigente scolastico per presa d'atto da parte di quest'ultimo)

GESTIONE DELL'EMERGENZA

In generale è prescritto il ricorso al Servizio Territoriale d' Emergenza (118) nei casi in cui ci sia la necessità di interventi non precedentemente richiesti/autorizzati dal genitore/tutore e non differibili in relazione alla gravità dell'evento.

NUMERI UTILI PER LE EMERGENZE

QUANDO SI CHIAMANO LE CENTRALI OPERATIVE (*) DICHIARARE SUBITO CHE SI CHIAMA DA SAN MARINO.

RISPONDERE PAZIENTEMENTE A TUTTE LE DOMANDE FORMULATE DALL'OPERATORE DELLA CENTRALE OPERATIVA (utili per la corretta gestione del caso)

- **118* Emergenze Sanitarie**
- **0549994230 Pronto Soccorso San Marino**
- **115* Vigili del Fuoco/Polizia civile**
- **113* Emergenze pubbliche generiche**
- **112* e 0549 888888 Gendarmeria**

LINEE D'INDIRIZZO PER LA REFEZIONE SCOLASTICA

Le **Linee d'indirizzo per la ristorazione scolastica** muovono dall'esigenza di facilitare, sin dall'infanzia, l'adozione di abitudini alimentari corrette per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie cronico-degenerative (diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi, ecc.) di cui l'alimentazione scorretta è uno dei principali fattori di rischio.

D'altra parte i profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli hanno determinato, per un numero sempre crescente d'individui, la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando i servizi della ristorazione collettiva e commerciale.

Com'è noto, **l'obiettivo di favorire nella popolazione corretti stili di vita è prioritario a livello internazionale. L'accesso e la pratica di una sana e corretta alimentazione è uno dei diritti fondamentali per il raggiungimento del migliore stato di salute ottenibile, in particolare nei primi anni di vita.**

Nella "Convenzione dei diritti dell'infanzia", adottata dall'ONU nel 1989, è sancito, infatti, il diritto dei bambini ad avere un'alimentazione sana ed adeguata al raggiungimento del massimo della salute ottenibile e nella revisione della "European Social Charter" del 1996 si afferma che **"ogni**

individuo ha il diritto di beneficiare di qualunque misura che possa renderlo in grado di raggiungere il miglior livello di salute ottenibile”.

L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha approvato nel 2006 “Gaining health”, uno specifico programma che prevede una strategia multisettoriale mirata alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche. A fine 2007, l'OMS insieme con la Commissione Europea ed i 27 Stati Membri della Unione, hanno approvato una dichiarazione su “La salute in tutte le politiche”, per promuovere l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in diversi ambiti, quali alimentazione, ambiente, commercio, educazione, industria, lavoro e trasporti. Il successo di molti interventi per la promozione della salute dipende, infatti, anche da elementi esterni al “sistema sanitario”.

Su questa linea nasce nel 2007 “*Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari*”, strategia globale volta alla promozione di stili di vita salutari e alla riduzione delle malattie croniche non trasmissibili, elaborata per contrastare i fattori di rischio modificabili quali l'errata alimentazione, la sedentarietà, l'abuso di alcool e il tabagismo.

Tra gli ambiti di intervento **la ristorazione collettiva, in particolare quella scolastica, è stata individuata come strumento prioritario per promuovere salute ed educare ad una corretta alimentazione.**

Nella ristorazione scolastica è di fondamentale importanza elevare il livello qualitativo dei pasti, come qualità nutrizionale e sensoriale, mantenendo saldi i principi di sicurezza alimentare.

La corretta gestione della ristorazione può favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette tramite interventi di valutazione dell'adeguatezza dei menù e promozione di alcuni piatti/ricette. Oltre che **produrre e distribuire pasti nel rispetto delle indicazioni dei Livelli di Assunzione giornalieri Raccomandati di Nutrienti per la popolazione italiana (LARN)**, essa può svolgere un ruolo di rilievo nell'educazione alimentare coinvolgendo bambini, famiglie, docenti.

Docenti e addetti al servizio, adeguatamente formati (sui principi dell'alimentazione, sulla importanza dei sensi nella scelta alimentare, sulle metodologie di comunicazione idonee a condurre i bambini ad un consumo variato di alimenti, sull'importanza della corretta preparazione e porzionatura dei pasti), giocano un ruolo di rilievo nel favorire l'arricchimento del modello alimentare casalingo del bambino di nuovi sapori, gusti ed esperienze alimentari gestendo, con serenità, le eventuali difficoltà iniziali di alcuni bambini ad assumere un cibo mai consumato prima o un gusto non gradito al primo assaggio.

ASPETTI INTERCULTURALI

La possibile presenza, anche nel nostro territorio, di diverse etnie e culture deve rappresentare un'attenzione necessaria alla (ri)strutturazione del nostro sistema sociale, ivi compreso quello scolastico.

Tra le identità culturali, peculiari appaiono le abitudini alimentari che sono proprie di ogni area del mondo e di ogni momento storico, in relazione alle condizioni socioeconomiche, alle credenze religiose, alla disponibilità di particolari materie prime in alcune aree geografiche e alle tradizioni di ciascuna popolazione.

Esiste, in generale, un'estrema facilità da parte dei bambini di altre etnie ad adattarsi alle nostre abitudini alimentari e questa tendenza è tanto maggiore quanto più il bambino è piccolo.

Se i bambini ben si adattano ad entrambe le culture alimentari, quella del paese ospitante e quella del paese d'origine, più difficile è la scelta comportamentale delle famiglie, in cui può

prevalere la preoccupazione di non perdere le proprie specificità culturali, comprese quelle alimentari.

La sanità pubblica ha un ruolo fondamentale nell'aiutare le persone ad operare scelte di salute, riducendo i rischi e le disuguaglianze sociali. In questo contesto, la scuola ed in particolare la ristorazione scolastica assumono un ruolo di primo piano.

Abitudini alimentari incongrue si possono correggere con proposte di ristorazione scolastica salutari che, attraverso il bambino, possono raggiungere il nucleo familiare.

Il servizio di refezione scolastica deve essere improntato a criteri di qualità, assicurata attraverso :

- Un'adeguata formazione degli addetti
- L'utilizzazione di materie prime di qualità
- La tenuta e la manutenzione di procedure di autocontrollo
- Il supporto di una dietista per la formazione dei menù
- La verifica del rispetto degli standard igienico-sanitari

Al fine di favorire la qualità del servizio, nonché atteggiamenti di consumo responsabile e logiche di sostenibilità ambientale, il servizio di refezione scolastica deve garantire:

- La qualificazione del personale addetto alla preparazione ed alla distribuzione dei pasti
- Il controllo e la verifica della qualità e quantità degli alimenti
- Il rispetto delle norme igienico-sanitarie degli ambienti, delle attrezzature e degli operatori secondo le disposizioni di legge vigenti
- La predisposizione di menù, corredati dalle relative tabelle dietetiche, adeguati all'età e alle esigenze alimentari degli utenti, stilato dal servizio competente
- Il rispetto della programmazione alimentare (menù) , salvo casi eccezionali legati a situazioni occasionali e contingenti
- Una dieta variata plurisettimanale e stagionale;
- L'impiego di menu personalizzati a fronte di allergie alimentari idoneamente certificate, l'offerta di un menù vegetariano;
- Il divieto di somministrazione e/o uso di prodotti O.G.M;
- L'impiego, parziale o totale, di prodotti biologici, del commercio equo e solidale e/o provenienti da esperienze di agricoltura sociale;
- La valorizzazione di prodotti tipici e delle tradizioni locali, nel rispetto delle diverse culture e religioni.

I menu e le tabelle dietetiche sono affisse nei refettori dei singoli plessi scolastici e messi a disposizione degli utenti interessati

ASPETTI NUTRIZIONALI E LARN

Un'alimentazione equilibrata e corretta, ma anche gradevole ed accettabile, costituisce per tutti un presupposto essenziale per il mantenimento di un buono stato di salute e, in età evolutiva, per una crescita ottimale.

A scuola, una corretta alimentazione ha il compito di educare il bambino all' apprendimento di abitudini e comportamenti alimentari salutari.

L'alimentazione del bambino deve essere considerata in un contesto più ampio, quale quello dell'ambiente, inteso non solo in senso fisico, ma anche socio-culturale e psicologico.

A scuola i bambini imparano a stare a tavola, a mangiare ciò che hanno nel piatto senza sprechi e ad apprezzare sapori nuovi a volte inconsueti; la variazione stagionale dei cibi consente di proporre alimenti che, per diversità di gusti, abitudini e, a volte, mancanza di tempo per le preparazioni, non vengono consumati a casa.

L'introduzione di alimenti nuovi può essere facilmente accettata se si supera l'eventuale iniziale rifiuto grazie alla collaborazione degli insegnanti e/o del personale addetto che stimola il bambino allo spirito di imitazione verso i compagni.

Il menù deve essere elaborato secondo i principi di una alimentazione equilibrata dal punto di vista nutrizionale, utilizzando anche alimenti tipici al fine di insegnare ai bambini il mantenimento delle tradizioni alimentari.

Come indicato nelle Linee Guida per una sana alimentazione dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), la varietà degli alimenti è fondamentale, in quanto consente l'apporto adeguato dei nutrienti necessari per una crescita armonica e contribuisce, in modo sostanziale, alla diffusione di abitudini alimentari corrette.

I menu devono essere preparati con rotazione di almeno 4/5 settimane, in modo da non ripetere quasi mai la stessa ricetta, e diversi per il periodo autunno-inverno e primavera estate.

In tal modo i bambini acquisiscono la disponibilità di ortaggi e frutta in relazione alle stagioni e soddisfano la necessità fisiologica di modificare l'alimentazione secondo il clima. Un menù variato, facilmente attuabile per la molteplicità di alimenti della dieta mediterranea, fa conoscere ai bambini alimenti diversi, nuovi sapori e stimola curiosità verso il cibo.

La variabilità del menù per il pranzo può essere ottenuto semplicemente con l'utilizzo di prodotti di stagione, con i quali si possono elaborare ricette sempre diverse, in particolare primi piatti e contorni.

Si sottolinea l'importanza di redigere un menù che preveda anche note esplicative ed operative per chiarire le ragioni delle scelte.

Il menù va preparato sulla base dei LARN per le diverse fasce di età.

Nella progettazione del menù occorre ottemperare alle esigenze di metabolismo, crescita, prevenzione e favorire il raggiungimento progressivo degli obiettivi di qualità totale del pasto e soddisfazione degli utenti, incoraggiando l'assaggio e la progressiva accettazione dei diversi alimenti.

La valutazione in energia e nutrienti del menù deve essere sulla base della settimana scolastica.

È opportuno ribadire, previa condivisione del significato con l'utenza e la scuola, la necessità di impedire la somministrazione di una seconda porzione, soprattutto del primo piatto, per evitare un apporto eccessivo di calorie e per modificare le abitudini alimentari, nell'ambito della prevenzione dell'obesità.

Definire grammature idonee nelle tabelle dietetiche per il pasto a scuola rappresenta il punto di partenza per equilibrare l'alimentazione giornaliera e prevenire l'obesità in età evolutiva, purché alla valutazione nutrizionale su carta dei menù corrisponda una effettiva applicazione delle porzioni raccomandate nei punti ristorazione.

L'attenzione alle porzioni sta acquisendo, in educazione alimentare, un'importanza crescente per la possibile correlazione del peso corporeo con la dimensione media delle porzioni piuttosto che con le scelte qualitative dei cibi effettuate dai bambini.

È pertanto determinante che gli addetti alla distribuzione siano adeguatamente formati sulla porzionatura e distribuiscano gli alimenti con appropriati utensili (mestoli, palette o schiumarole che abbiano la capacità appropriata a garantire la porzione idonea con una sola presa) o in un numero prestabilito di pezzi già porzionati.

Qualora fossero presenti, in uno stesso punto di ristorazione, bambini e/o ragazzi appartenenti ad età diverse e/o a più di una fascia scolastica (es.: scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di primo grado) occorre disporre, per uno stesso utensile, delle diverse misure di capacità per fornire la porzione idonea.

Ciascun utensile deve essere contrassegnato con un segno distintivo, in modo che la distribuzione possa procedere con set di strumenti distinti sulla base del target di utenza.

È opportuno distribuire uno spuntino a metà mattina con l'obiettivo di dare al bambino, nella pausa delle lezioni, l'energia necessaria a mantenere viva l'attenzione senza appesantire la digestione e consentirgli di arrivare a pranzo con il giusto appetito. Tale spuntino deve fornire un apporto calorico pari all'8% - 10% del fabbisogno giornaliero ed essere costituito preferibilmente da frutta e ortaggi di semplice consumo.

La merenda del pomeriggio, quando fornita, deve essere pari, per apporto calorico e per alimenti componenti, allo spuntino.

È importante che il bambino abbia in tutta la giornata scolastica disponibilità di acqua, preferibilmente di rete. *Qualora si ritenga necessario posizionare dei distributori automatici di alimenti nelle scuole, limitando l'istallazione alle sole scuole superiori, è opportuno condizionare tale inserimento al soddisfacimento di specifici requisiti definiti anche attraverso un apposito capitolato. La scelta va indirizzata verso prodotti salutarì quali, ad esempio alimenti e bevande a bassa densità energetica come frutta, yogurt, succhi di frutta senza zucchero aggiunto.*

La scuola deve garantire le condizioni migliori per il consumo dei pasti: ambienti idonei, non rumorosi e di dimensioni adeguate per numero di alunni, opportuna presentazione dei cibi, tempo sufficiente a consumare il pasto.

La trasmissione delle informazioni su una corretta alimentazione richiede il coinvolgimento di tutto il personale che, nel tempo trascorso a scuola dal bambino, partecipa alla sua formazione sia didattica che educativa.

I dati delle tabelle che seguono sono stati elaborati sulle indicazioni dei LARN per le diverse fasce di età che usufruiscono della ristorazione scolastica e considerando che il pranzo deve apportare circa il 35% del fabbisogno di energia giornaliera. Il menù è strutturato in modo da fornire circa il 15% di proteine, il 30% di grassi ed il 55% di carboidrati.

MENU

È consigliabile che il menù base, le diete speciali e le relative ricette e grammature, siano redatti da personale professionalmente qualificato, nel rispetto di obiettivi prefissati. In ogni caso vanno definiti sia la merceologia dei prodotti da impiegare che il modello organizzativo del servizio che si intende effettuare.

Per le diete speciali (ad es. per celiaci) la produzione deve essere gestita con il sistema di autocontrollo aziendale e deve trovare specifico riferimento all'interno di uno specifico documento relativo all'autocontrollo. Il rispetto del menù stabilito deve costituire uno standard di qualità che impegna ciascun attore coinvolto a monitoraggio costante degli standard dichiarati.

Il menù deve rispondere alle caratteristiche di varietà, stagionalità, qualità nutrizionale ed essere esposto pubblicamente. I menù devono essere preparati su almeno 4/5 settimane, onde evitare il ripetersi della stessa preparazione ed essere diversificati per il periodo autunno-inverno e primavera-estate. L'alternanza stagionale di prodotti freschi e locali ha inoltre un'importante valenza educativa, nutrizionale ed ambientale e costituisce un notevole risparmio di risorse economiche.

Nei 5 pasti della settimana, i primi piatti sono costituiti da cereali (pasta, riso, orzo, mais, ecc.), preparati con ricette diverse, rispettando le tradizioni locali e spesso associati a verdure, ortaggi e legumi per permettere un'ampia varietà di sapori ed un'esperienza pratica di educazione alimentare.

I secondi piatti sono composti da carni bianche e rosse, pesce, salumi, uova, formaggi con preparazioni adeguate alle fasce di età dei fruitori.

Ciascun pasto deve prevedere inoltre: un contorno di verdure/ortaggi (patate non più di una volta a settimana e associate ad un pasto povero di altri carboidrati), pane non addizionato di grassi e a ridotto contenuto di sale, frutta di stagione di almeno tre tipi diversi nell'arco della settimana, eventualmente già pronta per il consumo.

Per condimento, sia a crudo che in cottura, va utilizzato olio extravergine di oliva;

solo per poche ricette può essere impiegato il burro;

il sale va usato moderatamente e comunque sempre iodato.

È opportuno prevedere nel menù lo **spuntino di metà mattina**, con apporto calorico pari all'8% - 10% del fabbisogno calorico giornaliero, differenziato per fasce di età dei fruitori, preferibilmente costituito da frutta di semplice consumo.

Vanno assicurate anche adeguate sostituzioni di alimenti correlate a ragioni etico religiose o culturali. Tali sostituzioni non richiedono certificazione medica, ma la semplice richiesta dei genitori.

Nell'ambito della ristorazione scolastica sono da prevedere sostituzioni di alimenti per bambini che richiedono pasti diversi per particolari esigenze cliniche. Le diete speciali, anche se formulate su prescrizione medica, **devono essere autorizzate dal direttore della Pediatria, secondo criteri dichiarati.**

La dietista ne verificherà l'adeguatezza nutrizionale ed educativa correlandola ai menù in uso nelle scuole.

LE DIETE SPECIALI

- **Intolleranze e allergie** (latte, uovo, ecc.) con indicazioni degli alimenti permessi e di quelli da evitare così come riportato nella letteratura scientifica
- **Celiachia** con indicazioni circa gli alimenti da evitare e da sostituire con l'uso esclusivo di prodotti privi di glutine e con specifiche indicazioni sulla preparazione e cottura di questi alimenti
- **Particolari patologie quali ad esempio nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc.**

In caso di allergie e intolleranze alimentari, devono essere escluse dalla dieta preparazioni, intese come ricette, che prevedono l'utilizzo dell'alimento responsabile o dei suoi derivati; inoltre devono essere esclusi i prodotti in cui l'alimento o i suoi derivati figurino in etichetta o nella documentazione di accompagnamento. In ragione del fatto che molti derivati di alimenti allergenici sono utilizzati come additivi o coadiuvanti tecnologici, assumono particolare importanza qualifica, formazione, addestramento e consapevolezza del personale.

Le preparazioni sostitutive, previste nella dieta speciale, devono essere sostenibili all'interno dello specifico servizio di ristorazione ed essere il più possibile uguali al menù giornaliero.

Il livello di qualità della dieta speciale deve essere appropriato come quello del menù base. Le preparazioni sostitutive devono essere il più possibile simili al menù giornaliero. È necessario promuovere varietà, alternanza e consumo di alimenti protettivi, quali frutta e verdura, per quanto è possibile, anche all'interno di una dieta speciale.

Un modello di gestione coerente della problematica prevede:

- Definizione di obiettivi, responsabilità, procedure e standard di servizio da parte del responsabile del servizio
- Diagnosi e prescrizione medica
- Formulazione della dieta speciale ad opera di personale competente (es. dietista)
- Assistenza al pasto (regolamentata dal dirigente scolastico)
- Controllo documentato (dirigente scolastico o suo incaricato).

In alternativa al menù base e alle diete speciali, deve essere previsto un menù per situazioni di emergenza derivanti da problematiche varie tra cui quelle di natura metereologica, quelle derivanti da disservizi occasionali, da motivi logistici o legati al personale, guasti improvvisi, anomalie dell'acqua in distribuzione, ecc.

Può inoltre essere previsto in ogni scuola il mantenimento di alimenti a lunga conservazione e acqua in bottiglia. Tali alimenti, idoneamente conservati, debbono essere periodicamente rinnovati e impiegati come rimedio a improvvise difficoltà, sempre con il coinvolgimento e approvazione del committente.

REDAZIONE DELLA DIETA

Il responsabile del servizio di ristorazione descrive ogni fase (dalla formulazione della dieta alla produzione e distribuzione, all'assistenza al pasto), con definizione puntuale delle attività e delle relative responsabilità.

Il personale competente una volta in possesso di tutta la documentazione necessaria, redige la dieta che deve essere consegnata:

- Alla segreteria della scuola che trasmette l'informazione ai soggetti coinvolti in ambito scolastico (insegnanti/educatori)
- Ai genitori/tutori del bambino
- Alla cucina scolastica che prepara i pasti

PREPARAZIONE E DISTRIBUZIONE DELLE DIETE SPECIALI

- Gli alimenti destinati alla dieta devono essere mantenuti separati da tutti gli altri previsti per comporre il menù base
- Ogni vivanda costituente la dieta va preparata e confezionata in area dedicata, anche solo temporaneamente, e riposta in appositi contenitori i quali vanno collocati su vassoio personalizzato recante il nome del bambino
- Gli utensili utilizzati per la preparazione e il confezionamento della dieta devono essere unicamente impiegati per tale produzione
- Il personale addetto alla preparazione e distribuzione, nonché il personale scolastico deve lavarsi accuratamente le mani, qualora abbia manipolato altri alimenti
- Il bambino deve essere servito sempre per primo: è bene che la distribuzione per le classi avvenga inizialmente a partire dai soggetti con dieta speciale e prosegua successivamente per gli altri commensali
- Il pasto deve essere distribuito solo dopo che il personale addetto abbia identificato il bambino di concerto con l'insegnante

- Il personale addetto alla preparazione e distribuzione può verificare la corretta erogazione della dieta attraverso apposita modulistica di tracciabilità, nella quale siano evidenziate le fasi del relativo processo.

SORVEGLIANZA E VIGILANZA

- E' necessario prevedere un'apposita procedura per la corretta distribuzione e l'assistenza al pasto sulla quale il personale va adeguatamente formato
- Gli insegnanti effettuano controllo visivo avente ad oggetto la corrispondenza tra il nome del bambino/a e il nominativo apposto sui recipienti contenenti le portate della dieta
- In caso di dubbio l'insegnante deve far sospendere la somministrazione e contattare immediatamente il responsabile scolastico.

È opportuno prevedere interventi di formazione e aggiornamento per tutti i soggetti coinvolti nella ristorazione scolastica, mirati sia agli aspetti di educazione alla salute che a quelli più strettamente legati alla qualità nutrizionale ed alla sicurezza degli alimenti.

IGIENE

Gli aspetti di igiene e sicurezza alimentare devono essere indicati all'interno del piano di autocontrollo aziendale.

Parte integrante del piano di autocontrollo sono gli interventi di pulizia eseguiti presso le cucine e i refettori, che devono essere appropriati e coerenti al piano di sanificazione.

Tale piano deve definire le modalità e la periodicità degli interventi, i detergenti, i sanificanti e disinfettanti impiegati, le attrezzature e gli ausili adottati.

VALUTAZIONE E GESTIONE DI ECCEDENZE E AVANZI, RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE DI RIFIUTI

In ogni singola realtà scolastica andrebbe valutata l'eventuale esistenza di eccedenze e/o avanzi di alimenti, ricercandone le cause per perseguire obiettivi di riduzione e di riutilizzo. Utilizzare le eccedenze e devolverle, in luogo del loro smaltimento come rifiuti, costituiscono rispettivamente una soluzione utile alla riduzione dei rifiuti e un gesto di solidarietà.

Si possono prevedere iniziative di educazione ambientale e di educazione al consumo e alla solidarietà in cui i ragazzi delle scuole siano coinvolti in merito a:

- **Riciclo dei rifiuti organici** (compostaggio)
- **Educazione al consumo** (accettazione dei cibi, richieste adeguate alla possibilità di consumo, ecc.)
- **Iniziative di solidarietà per la destinazione del cibo ad enti assistenziali**

A garanzia della sicurezza alimentare, il recupero e il conferimento delle eccedenze deve essere chiaramente disciplinato indicando fruitori, modalità e procedure.

Questo tipo di gestione non può essere la soluzione automatica del problema degli “avanzi”, che invece deve essere oggetto di un sistema di valutazione, al fine di identificarne le cause, intervenire per il superamento di eventuali carenze e ottenere il miglioramento del servizio.

È necessario, infine, gestire con attenzione i rifiuti diversi dagli alimenti (derivanti da imballaggi, confezioni, stoviglie, posate, ecc.), secondo i criteri della raccolta differenziata dei materiali.

LA REFEZIONE SCOLASTICA E I BAMBINI SELETTIVI

Già da qualche anno si registrano casi di bambini “selettivi” nei confronti degli alimenti che incontrano serie difficoltà ad assumere qualsiasi pasto loro presentato durante la frequenza scolastica, restando così digiuni per diverse ore.

In questi casi particolari, si ricorre ad un incontro con genitori, insegnanti e pediatra finalizzato alla condivisione di un programma d'intervento capace di introdurre nuovi alimenti nella dieta del bambino.

Per il raggiungimento di questo obiettivo s'incontrano diverse difficoltà e si richiedono continui aggiornamenti rispetto al piano inizialmente condiviso.

Quasi sempre viene proposta ai genitori un intervento di accompagnamento/sostegno psicologico per bambino e genitori e, nel caso in cui questo riferimento già vi sia, nella stesura del piano d'intervento viene coinvolto anche lo psicologo di riferimento.

Questa modalità di approccio alla problematica posta dai bambini “selettivi” e dai loro genitori, richiede un continuo confronto tra i diversi operatori sanitari (pediatra, dietista, psicologo) e scolastici (insegnanti, cuochi) per la condivisione del programma d'intervento.

Sarà necessario nel prossimo futuro meglio definire i criteri che caratterizzano il cosiddetto “bambino selettivo” e le “regole” che devono essere rispettate per l'attuazione del programma, anche al fine di evitare richieste opportunistiche dei genitori e la trasmissione di messaggi diseducativi ai bambini che utilizzano la refezione scolastica.

E' stata costituita ed è operativa la

COMMISSIONE MENSA

Con lo scopo di raccogliere suggerimenti, promuovere idee ed iniziative, esaminare proposte di informazione-formazione, analizzare situazioni di disagio organizzativo, riportare elementi di valutazione sull'organizzazione e sul servizio, garantire i contatti con gli utenti, rilevare le eventuali disfunzioni, le problematiche specifiche sui menù adottati, anche attraverso indagini e questionari.

La commissione è così composta:

- Il Dirigente scolastico o suo delegato

- Tre o più membri eletti dal Consiglio di Circolo all'interno della componente genitori
- L'insegnante membro della Giunta Esecutiva;
- Il rappresentante del personale addetto alla preparazione e somministrazione dei pasti, membro della Giunta Esecutiva;
- La dietista cui è affidata la predisposizione dei menu
- Il direttore della Pediatria o suo delegato
- Altri componenti, eventualmente convocati in relazione a specifiche necessità.

La commissione resta in carica per 2 anni; in caso di dimissioni di un singolo componente viene disposta l'immediata sostituzione con altro componente.

Si dovrebbe riunire con cadenza almeno trimestrale, purché non si determini una situazione di urgenza che richieda una specifica convocazione.

All' occorrenza la commissione può lavorare in sotto commissioni per un più agile svolgimento dei lavori.

I membri della commissione mensa sono ammessi alla fruizione dei pasti e alla supervisione del servizio, sono incaricati di rilevare gli standard qualitativi e quantitativi al fine di un loro miglioramento.

L'attività della Commissione Mensa prevede anche la possibilità di sopralluoghi nei refettori dove viene consumato il pasto . I membri della commissione non necessitano di formazione specifica né devono esibire certificati medici di qualsiasi natura.

I membri della commissione potranno accedere ai refettori e consumare, insieme ai bambini e agli insegnanti, campioni del pasto del giorno. Nelle operazioni di verifica i membri della CM possono muoversi liberamente all'interno dei refettori, avendo tuttavia l'accortezza di non essere d'intralcio durante le operazioni di distribuzione dei pasti, evitando qualsiasi possibile manipolazione degli alimenti.

Il controllo nei refettori non richiede preavviso; orario consigliato: dalle ore 12,30 alle ore 14,00 circa.

Il giudizio sulle caratteristiche del cibo dovrà essere naturalmente il più possibile oggettivo e non secondo i gusti personali.

Il controllo della CM può essere rivolto anche allo stato dei locali e al personale addetto alla distribuzione. Ogni eventuale osservazione sullo stato dei locali e del personale addetto alla distribuzione dovrà essere segnalata direttamente al responsabile del servizio, evitando qualsiasi tipo di intervento diretto sul personale.

Le rilevazioni e gli eventuali suggerimenti della CM dovranno essere riportati per iscritto all'Ufficio Scuola.

QUADRO SINOTTICO

INDICAZIONI PER IL CONTROLLO E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLE SCUOLE

Nella prima parte si fa riferimento in particolare all'asilo nido, ma le indicazioni generali sono valide per tutte le altre scuole.

INSERIMENTO AL NIDO

CERTIFICATO MEDICO

Per l'inserimento del bambino al Nido **non è necessario** un certificato medico attestante le buone condizioni generali.

E' necessaria una certificazione del Pediatra, con il consenso dei genitori o di chi esercita la patria potestà, nei casi di malattie croniche importanti da comunicare alla scuola (come per esempio diabete, fibrosi cistica, malattia celiaca, asma grave, anafilassi, ecc.) e nei casi di allergie alimentari.

Non è necessario segnalare patologie infettive (come per es. portatore HBV, HCV, HIV, ecc.). Sono sufficienti le misure normalmente attuate negli asili nido per controllare i rischi di diffusione di germi patogeni.

Può essere necessario esibire il certificato delle vaccinazioni. E' sufficiente la fotocopia del cartellino delle vaccinazioni aggiornato.

VACCINAZIONI

E' auspicabile che tutti i bambini al momento dell'inserimento in comunità abbiano ricevuto le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale.

La regolare effettuazione delle vaccinazioni è fondamentale perché riduce il rischio del bambino alle infezioni, rischio aumentato a causa della frequenza nelle comunità infantili.

I bambini che non eseguono le vaccinazioni possono comunque frequentare la scuola.

Qualora si verificassero specifici casi di malattia, come misura di protezione dei bambini non vaccinati, si potrà prevedere il loro temporaneo allontanamento.

Di norma, non verranno somministrati farmaci se non in casi particolari, riguardanti i farmaci salvavita piuttosto che terapie non differibili in pazienti con specifiche patologie a carattere cronico, secondo le modalità definite con **specifici "piani d'intervento"**.

Il piano d'intervento specifico per alunno viene definito dopo un incontro programmato con i genitori dell'alunno stesso, gli insegnanti di riferimento ed il direttore della Pediatria dell'Ospedale di San Marino (o suo delegato).

Il piano d'intervento redatto prevede la firma del Pediatra, dei genitori e del Dirigente Scolastico o suo delegato.

Ogni tipo di farmaco dovrà essere tenuto nella “cassetta farmaci”; è a carico dei genitori bambino fornire il farmaco alla scuola, sostituendolo alla scadenza..

In generale non è necessario tenere a casa i bambini asintomatici che sono stati esposti ad una qualche malattia infettiva a meno che non sviluppino i segni della malattia.

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE PRINCIPALI MALATTIE INFETTIVE

Le azioni efficaci sono le stesse su cui si basano i protocolli che sono operativi negli altri principali Paesi: Stati Uniti, Inghilterra, Francia, Australia ecc.

E' importante che questi percorsi d'intervento siano, nelle loro linee generali, comunicati e condivisi con la scuola.

Altro elemento fondamentale è riuscire a comunicare ai genitori le molte cose efficaci che possono fare per controllare le malattie infettive.

PARTE A - Prevenzione: attività efficaci che riducono il rischio di diffusione nella scuola da attuare di routine prima che si verifichi un caso (es. vaccinazione, misure di riduzione del contagio nelle scuole, lavaggio delle mani, altro).

PARTE B - Profilassi post esposizione: misure efficaci nella scuola.

Attività efficaci da attuare quando si sono verificati un caso o quando vi è un'epidemia (informazione dei genitori, allontanamento dalla scuola, vaccinazione, profilassi post esposizione, ecc.).

La catena epidemiologica di importanti malattie infettive e diffuse può essere interrotta con la regolare e continua adozione di una serie di misure di prevenzione generali che dovrebbero essere utilizzate sia in ambiente familiare che, a maggior ragione, in ambienti di vita collettiva, quali la scuola.

Le diverse misure coinvolte nella prevenzione delle malattie infettive, da considerare in ogni ambiente di vita ed in particolare in famiglia ed in collettività, sono già state descritte nel capitolo introduttivo di questo documento. Di seguito vengono schematicamente riportati i principali messaggi:

a. Lavaggio delle mani

E' la **principale misura comportamentale di tipo preventivo**, in grado di incidere praticamente nei confronti di tutte le patologie infettive.

b. Utilizzo e igiene di oggetti ed indumenti personali

L'igiene personale prevede innanzitutto un uso strettamente individuale di taluni oggetti, quali salviette, spazzolini da denti, pettini, indumenti, biancheria personale in genere.

Con particolare riguardo alle comunità di bimbi di età inferiore ai 6 anni è opportuno:

- **Ricorrere a materiale monouso** (asciugamani, fazzoletti di carta, tovaglioli)
- **Porre attenzione all'uso promiscuo** di scarpe, cappelli, equipaggiamento per il lettino

- **Evitare di mantenere a lungo indumenti/biancheria imbrattata** (es.: tovaglie di stoffa usate per più pasti, bavaglini con cambio non giornaliero), preferendo in tal caso materiale monouso;
- **Effettuare, almeno settimanalmente, il lavaggio di lenzuolini, federe, ecc.** (evitando l'uso di brandine in stoffa non ricoperte dal lenzuolino)
- **Effettuare quotidianamente la detersione e sanificazione di giochi** che possono essere imbrattati di saliva (in lavatrice o con uso di ipoclorito di sodio);
- **Nel caso di uso di biberon, tettarelle, ecc., conservarli, dopo l'uso e l'accurato lavaggio, in un contenitore asciutto;** prima dell'utilizzo effettuare un nuovo risciacquo; non è raccomandato il mantenimento in contenitori con liquidi disinfettanti.
- **Le stoviglie debbono essere lavate e sanificate dopo ogni uso.**

c. Preparazione e somministrazione di alimenti

Gli alimenti costituiscono il veicolo di infezioni che trovano il loro ingresso per via orale: le infezioni e le tossinfezioni alimentari costituiscono un problema di sanità pubblica largamente diffuso.

Va dunque ricordato che è **essenziale**:

- **Lavarsi accuratamente le mani prima di toccare gli alimenti in preparazione**
- **Non consumare carne, uova e pollame crudi o poco cotti:** la temperatura di cottura, anche nelle parti più interne, deve raggiungere i 60°C;
- **Non consumare uova il cui guscio sia rotto; non lavare e strofinare le uova,** ma rimuovere delicatamente le tracce di terra o sporco eventualmente presenti;
- **Mantenere a 4°C le uova e tutti gli alimenti freschi** (maionese, creme, salse) e consumarli appena preparati, **senza conservarli a lungo;**
- **Consumare immediatamente gli alimenti cotti;** riporre immediatamente gli avanzi di cibi cotti in frigorifero (non mantenerli a temperatura ambiente) e riscaldarli alla temperatura di almeno 60° C prima del successivo consumo;
- **Evitare la contaminazione incrociata tra alimenti mantenendo separate le carni/verdure/uova crude da quelle cotte e lavando accuratamente tutti gli utensili utilizzati per manipolare il cibo crudo.**

d. Alimenti provenienti dall'esterno

Si ricorda che **non è consentito** introdurre a scuola, per il consumo collettivo, alimenti preparati

altrove, mentre **possono essere consumati insieme alimenti prodotti in laboratori autorizzati.**

CONTATTI IN AMBIENTI DI VITA COLLETTIVA

Vi sono alcune misure comportamentali che, senza annullare il rischio, possono contenere le possibilità di trasmissione e, quindi, d' incremento dell'incidenza di malattie infettive nell'ambito delle collettività scolastiche, dove il principale rischio è costituito dalle infezioni trasmesse per via aerea e per contatto diretto di cute e mucose.

Sono misure precauzionali di carattere generale:

- **Aerazione degli ambienti di vita e controllo del microclima:** particolare attenzione dovrà essere posta nei confronti del grado di umidità, che, se inferiore al 60-70%, facilita l'insorgenza di infezioni delle prime vie aeree; a tal fine, specie negli ambienti con riscaldamento ad aria/pannelli, dovranno essere utilizzati umidificatori;
- **Utilizzo di materiale monouso per l'igiene personale:** fazzoletti, asciugamani, tovaglioli, debbono essere utilizzati e smaltiti rapidamente (da evitarsi il mantenimento di fazzoletti o asciugamani, umidi o sporchi, negli ambienti di vita);
- **Lavaggio delle mani,** oltre che nelle situazioni generali precedentemente citate, **anche dopo il gioco in aree aperte o sabbionaie,** le esercitazioni con materiali didattici particolari (pitture, creta, argilla, ecc.), l'attività sportiva in palestra;
- **Manutenzione degli eventuali impianti di condizionamento,** con riguardo ai filtri della componente di umidificazione;
- Sanificazione quotidiana e rimozione rapida dei rifiuti.

SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI

La rimozione dello sporco e la conseguente riduzione della carica batterica costituiscono una importante misura di prevenzione.

La sanificazione degli ambienti di vita - domestici e scolastici - deve così essere svolta:

Pavimenti, servizi igienici, superfici utilizzate per il consumo dei pasti:

- **Quotidianamente** deve essere effettuata la rimozione dello sporco (con scopa o straccio, partendo da un punto e seguendo un circuito che non preveda un secondo passaggio in nessun punto), la sanificazione con detergente (prodotti comunemente in commercio)
- Eventuali imbrattamenti (materiale fecale, altri materiali biologici, residui alimentari) devono essere immediatamente rimossi e la zona deve essere sanificata

- **Settimanalmente** si provvederà a rimozione dello sporco, sanificazione e passaggio con disinfettante (ipoclorito di sodio, lisoformio; l'ammoniaca è sconsigliata per la tossicità)

Pareti piastrellate, superfici non destinate al consumo di alimenti (tavoli, superfici di lavoro, ecc.):

- **Settimanalmente** si provvederà alla sanificazione degli stessi; la disinfezione si renderà necessaria in caso di imbrattamento.

Superfici particolari: fasciatoi

- Le superfici adibite al cambio dei pannolini devono essere lisce e lavabili; devono essere sottoposte a detersione e sanificazione dopo ogni uso o essere ricoperte, per ogni cambio, da fogli di carta monouso. In caso di imbrattamento si pulirà e disinfetterà la superficie.

LE MISURE DI CONTROLLO

ALLONTANAMENTO

Spesso l'esordio di una malattia infettiva avviene in modo improvviso e dunque può verificarsi nel momento in cui il soggetto si trova nella collettività scolastica.

Naturalmente, in tale fase, non è diagnosticabile l'eventuale contagiosità poiché i sintomi d'esordio sono generalmente aspecifici – febbre, cefalea, artralgie, astenia, ecc. e fanno solo sospettare la possibilità che si tratti di una malattia infettiva.

E' bene quindi evitare contatti ravvicinati con altri soggetti ed informare tempestivamente i genitori affinché provvedano il prima possibile al rientro in famiglia se non all'invio presso la struttura sanitaria.

(*) Non è previsto l'allontanamento inteso come misura di carattere preventivo rispetto alla collettività, pur essendo evidente la necessità di salvaguardia dell'individuo e, quindi, l'opportunità di un rientro a casa quando non sia in grado di partecipare alle normali attività scolastiche.

L'allontanamento è disposto dal Dirigente Scolastico o suo delegato ed effettuato tramite avviso al genitore che è tenuto a provvedere.

Nel periodo che precede l'effettivo allontanamento è sempre necessario:

- Mantenere il soggetto che presenti uno o più sintomi tra quelli indicati in tabella, in uno spazio separato, non a diretto contatto con i compagni
- Evitare i contatti ravvicinati – inferiori ai 50 cm di distanza – e bocca-bocca

- Utilizzare guanti monouso ogni qualvolta vi siano liquidi biologici (sangue, vomito, feci, ecc.).

ASSENZA PER MALATTIA E RITORNO IN COLLETTIVITÀ

Le più recenti conoscenze in materia di malattie infettive e loro diffusione hanno evidenziato che il pericolo di contagio, massimo durante la fase di incubazione, si riduce a livelli compatibili con la presenza in collettività, passati i cinque giorni dall'esordio clinico.

Dunque, trascorsi i cinque giorni di assenza, il soggetto non presenta livelli di contagiosità da ritenersi pericolosi per la convivenza in collettività e, pertanto, non vi è motivo per cui il rientro debba essere vincolato alla presentazione del certificato di riammissione.

Il paventato timore di una riduzione della sicurezza per alunni o studenti, pur comprensibile, non trova dunque fondatezza scientifica, considerato che gli interventi di profilassi nei confronti delle patologie di rilievo (tubercolosi, meningiti meningococciche, scabbia, infezioni da HIV, epatiti virali, ecc.) permangono invariati.

Pertanto si prevede che per il rientro a scuola sia sufficiente un'autocertificazione del genitore nella quale dichiara di essersi attenuto alle indicazioni ricevute dal medico.

A fronte di specifiche malattie infettive, per le quali è dimostrata una contagiosità successiva all'esordio clinico, il rientro è necessario avvenga superato il periodo contumaciale previsto. A tal fine il medico, a fronte del riscontro di una malattia infettiva per la quale sia prevista la segnalazione ed uno specifico periodo di contumacia (vedi tabella), rilascerà al genitore una comunicazione scritta/attestazione riportante il presumibile periodo di prognosi, comunque non inferiore al periodo contumaciale previsto (vedi tabelle riportate nel documento).

Non è possibile la riammissione in comunità quando il bambino richieda, per il suo stato di salute, cure particolari che il personale scolastico non sia in grado di garantire senza pregiudicare l'assistenza agli altri bambini.

In caso di assenza per i **motivi familiari** non è necessario, al rientro, alcun certificato, purché i genitori abbiano preventivamente avvisato gli insegnanti.

In generale non è necessario l'allontanamento dei bambini e del personale portatore cronico od occasionale di germi patogeni.

Importante: misure particolari di allontanamento e riammissione potranno essere previste in caso di epidemia nella comunità o nella scuola.

REFEZIONE SCOLASTICA E DIETE SPECIALI

Nell'ambito della ristorazione scolastica sono da prevedere sostituzioni di alimenti per bambini che richiedono pasti diversi per particolari esigenze cliniche.

Le diete speciali, anche se prescritte da altri specialisti, devono essere validate dal direttore della Pediatria o da suoi collaboratori, al fine di rendere le prescrizioni coerenti con:

- I bisogni nutrizionali e di salute propri del bambino,
- Gli obiettivi educativi propri di una corretta modalità complessiva di alimentarsi
- I vincoli organizzativi/gestionali propri della refezione scolastica

Per il corretto rilascio di tali certificazioni i pediatri dell'I.S.S. faranno riferimento:

- Alla positività dei test appropriati per la diagnosi di allergie/intolleranze alimentari
- Al riscontro clinico (documentato negli accessi all'ambulatorio pediatrico) di manifestazioni cutanee, respiratorie, gastrointestinali riconducibili all'assunzione di un determinato alimento, ritenuto responsabile della comparsa della sintomatologia
- Alla positività di previsti "challenge" di reintroduzione degli alimenti sospetti, eseguibili in ambiente ospedaliero;

Potranno essere rilasciati certificati temporanei (max 3 mesi) di esclusione dalla dieta di alimenti ritenuti sospetti per la comparsa di sintomi clinici di verosimile natura allergica. Tali certificati saranno rinnovati (sempre con durata temporanea) a seconda della risposta clinica valutata dal singolo pediatra e riportata nella cartella clinica del paziente.

La dietista verificherà l'adeguatezza nutrizionale di tali certificazioni, correlandola ai menù normalmente in uso nelle scuole. In caso di evidenti squilibri nutrizionali derivanti dal rispetto delle prescrizioni riguardanti il bambino, si confronterà con il pediatra per le successive decisioni in merito, comunicate agli operatori scolastici ed ai genitori.

Le diete speciali riguardano:

- **Intolleranze e allergie** (latte, uovo, ecc.) con indicazioni degli alimenti permessi e di quelli da evitare così come riportato nella letteratura scientifica
- **Celiachia** con indicazioni circa gli alimenti da evitare e da sostituire con l'uso esclusivo di prodotti privi di glutine e con specifiche indicazioni sulla preparazione e cottura di questi alimenti
- **Particolari patologie quali ad esempio nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc.**

In caso di allergie e intolleranze alimentari, devono essere escluse dalla dieta preparazioni, intese come ricette, che prevedono l'utilizzo dell'alimento responsabile o dei suoi derivati.

In ragione del fatto che molti derivati di alimenti allergenici sono utilizzati come additivi o coadiuvanti tecnologici, assumono particolare importanza la formazione, l'addestramento e la consapevolezza degli operatori scolastici a vario livello impegnati nella refezione scolastica (preparazione e distribuzione dei pasti, attività di controllo durante il pasto) .

Le preparazioni sostitutive, previste nella dieta speciale, devono essere il più possibile simili al menù giornaliero.

È necessario promuovere varietà, alternanza e consumo di alimenti protettivi, quali frutta e verdura, per quanto è possibile, anche all'interno di una dieta speciale.

LA REFEZIONE SCOLASTICA ED I BAMBINI “SELETTIVI”

In questi casi particolari, si ricorre ad un incontro con genitori, insegnanti e pediatra finalizzato alla condivisione di un programma d'intervento capace di introdurre nuovi alimenti nella dieta del bambino.

Questa modalità di approccio alla problematica posta dai bambini “selettivi” e dai loro genitori, richiede un continuo confronto tra i diversi operatori sanitari (pediatra, dietista, psicologo) e scolastici (insegnanti, cuochi) la condivisione del programma d'intervento.

Sarà necessario nel prossimo futuro meglio definire i criteri che caratterizzano il cosiddetto “bambino selettivo” e le “regole” che devono essere rispettate per l'attuazione del programma, anche al fine di evitare richieste opportunistiche dei genitori e la trasmissione di messaggi diseducativi ai bambini che utilizzano la refezione scolastica.

L'ATTIVITÀ SPORTIVA PER IL BAMBINO ALLERGICO

“Raccomandazioni per la Gestione del Bambino allergico a Scuola”**A cura della Società Italiana Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP)**

È diffusa l'opinione che l'attività sportiva sia inopportuna per il Bambino Allergico (BA), anche se presenta solo sintomi cutanei come l'orticaria o l'eczema atopico (che si può accentuarsi con la sudorazione).

Se poi lo stato atopico si estrinseca con un'allergia respiratoria come l'Asma Bronchiale, essa è considerata finanche controindicata.

Le famiglie tendono perciò a precluderla al proprio figlio, aggravando in questo modo ansie e senso di frustrazione.

In realtà tutti i bambini allergici, qualsiasi sia la manifestazione di allergia, possono praticare sport, purché la sintomatologia sia tenuta sotto accurato controllo dal programma terapeutico.

Anche la condizione, abbastanza rara, di *anafilassi indotta da esercizio fisico* non deve indurre all'abbandono dell'attività sportiva. Tutti i bambini possono lamentare un “affaticamento respiratorio” più o meno intenso dopo l'attività fisica, ma la presenza di tosse, respiro sibilante e senso di oppressione toracica durante e/o subito dopo l'attività fisica deve sempre far sospettare l'*asma*.

Nei bambini asmatici, infatti, l'esercizio fisico svolto durante l'attività quotidiana o un'attività sportiva, può scatenare un episodio asmatico.

L'asma da sforzo non deve però portare all'abbandono dell'attività sportiva, piuttosto deve esortare la famiglia ed il Pediatra ad approntare un trattamento farmacologico di fondo e preventivo più adeguato al tipo di attività da compiere.

Naturalmente, l'attività sportiva deve essere praticata, per quanto possibile, in ambienti privi o con una bassa concentrazione di allergeni (acari, pollini). La palestra deve quindi essere adeguatamente e regolarmente pulita e lo sport all'aria aperta dovrà essere evitato nei periodi di fioritura pollinica o subito dopo il taglio dell'erba.

L'Anafilassi Indotta da Esercizio Fisico (d'ora in poi AIEF), è una rara forma di Allergia Alimentare caratterizzata dalla comparsa di due o più sintomi, come orticaria/angioedema, starnutazione, broncospasmo, edema della glottide, pallore, ipotensione, che si manifestano dopo uno sforzo fisico effettuato a ridosso (una/due ore circa) dall'assunzione di un alimento, assunzione che senza lo sforzo fisico non sarebbe stata in grado di provocare le manifestazioni anafilattiche.

L'Asma Bronchiale e l'AIEF, per quanto non controindichino la pratica sportiva, sono tuttavia le due entità patologiche che richiedono una particolare attenzione nella gestione del BA durante le ore di educazione motoria o di espletamento di attività sportive a scuola.

Se è l'insegnante di educazione motoria ad accorgersi dell'improvvisa reazione anafilattica o del broncospasmo acuto dovrà garantire soccorso adeguato al bambino, in attesa dell'arrivo del 118 prontamente allertato. Parimenti sarà informata la famiglia dell'accaduto.

Se, invece, l'alunno è già stato segnalato alla scuola come allergico, si seguiranno le indicazioni riportate nel P.I.P. che dovrà essere stilato, in accordo con genitori ed insegnanti all'inizio o durante la frequenza dell'anno scolastico.

PREVENZIONE DELL'ASMA DA ESERCIZIO FISICO

L'asma conseguente all'esercizio fisico può essere evitata con l'inalazione, prima dell'attività fisica, di un farmaco broncodilatatore ad azione immediata, il Salbutamolo, farmaco di scelta per prevenire e/o trattare l'asma da sforzo.

Il farmaco va inalato circa 15 minuti prima dell'attività fisica.

Anche un trattamento di fondo con Antileucotrieni (Montelukast, corticosteroidi inalatori), su prescrizione dello specialista, può essere in grado di prevenire l'asma da sforzo.

Va ricordato che la normativa anti-doping non considera doping la somministrazione inalatoria di un broncodilatatore per prevenzione e/o cura dell'asma nei soggetti che svolgono un'attività sportiva agonistica, purché avvenga dietro prescrizione medica.

PREPARAZIONE DEL BAMBINO CON ASMA BRONCHIALE ALL'ATTIVITÀ FISICA

Perché il bambino asmatico possa partecipare all'attività fisica (ginnastica, allenamenti, gare, ecc.) è necessario che sia mantenuto il completo controllo terapeutico dell'asma e che l'insegnante di educazione motoria o l'istruttore siano informati sempre della diagnosi, delle condizioni del bambino asmatico e del trattamento necessario per curare un eventuale episodio di broncospasmo acuto.

Per il bambino con asma controllata dalla terapia ma con scarsa adattabilità all'attività sportiva, è consigliata:

- una fase di riscaldamento ed educazione alla respirazione diaframmatica per 20 minuti;
- una fase di esercizi respiratori della durata di 10 minuti;
- una corsa libera con tempi prestabiliti: corsa libera moderata di un minuto intervallata da un minuto di pausa per gli esercizi respiratori, fino ad arrivare gradualmente, nelle sedute finali, a tempi di corsa libera di 10 minuti.

È necessario sottolineare che la respirazione attraverso il naso, finalizzata a filtrare, riscaldare ed umidificare l'aria è utile per prevenire l'asma da sforzo.

SPORT SCONSIGLIATI

Non sono indicati solo gli sport che comportano dei rischi nel caso di un malessere improvviso e quelli che si svolgono in ambienti o in condizioni estreme (deltaplano, paracadutismo, alpinismo d'alta quota, sport motoristici e sport subacquei). Nel corso dello svolgimento di un'attività sportiva deve essere sempre possibile l'interruzione dell'esercizio ed un adeguato soccorso.

Ci sono dei momenti in cui l'attività sportiva va, invece, soltanto limitata.

Essi sono legati solo alla gravità dell'asma e vengono stabiliti esclusivamente in base alla valutazione del medico curante. Lo sport non deve essere assolutamente praticato solo in caso di asma grave persistente e durante le crisi asmatiche.

PREVENZIONE DELL'ANAFILASSI INDOTTA DA ESERCIZIO FISICO

Viene specificata nel P.I.P. ed è correlata alla causa:

PROGRAMMI INFORMATIVI/FORMATIVI PER OPERATORI SCOLASTICI, STUDENTI E FAMIGLIE

La scuola deve includere tra gli obiettivi della propria offerta formativa anche quello di diffondere la conoscenza dei principali determinanti di salute e della prevenzione dei principali fattori di rischio, soprattutto attraverso la promozione di abitudini e stili di vita sani.

A tal fine nei programmi didattici dovrebbero essere previste alcune ore dedicate all'informazione e all'educazione sanitaria sulle principali problematiche riguardanti i temi dell'ambiente e della salute (il fumo attivo e passivo, l'inquinamento dell'aria, i rischi alimentari, ecc.) e sulle principali strategie di prevenzione sanitaria e ambientale.

Il personale della scuola dovrebbe essere adeguatamente informato e formato sui principali rischi per la salute correlati ad una cattiva qualità dell'ambiente scolastico.

Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata alle malattie allergiche nell'età evolutiva, anche per la loro stretta correlazione con l'ambiente.

Andrebbero promosse campagne informative su come riconoscere e curare le malattie causate da allergia e su come prevenirle agendo sulla qualità dell'aria indoor e outdoor, sull'educazione all'alimentazione e sull'incentivazione dell'attività fisica.

Tali campagne andrebbero indirizzate anche alle famiglie, alle Istituzioni, alle Società Scientifiche e agli "opinion maker", per garantire un maggior livello di attenzione e sensibilizzazione su tali problematiche.

PEDICULOSI A SCUOLA

PER SAPERE TUTTO SULLA PEDICULOSI

**OSPEDALE DI STATO – ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE (I.S.S.)
REPUBBLICA DI SAN MARINO
U.O.C. PEDIATRIA
Direttore: Dr. N. A. Romeo**

Sapevate che i pidocchi...

- Si trovano principalmente nei bambini che frequentano la collettività, con maggior incidenza tra quelli di età compresa tra i 3 e gli 11 anni
- Non prediligono le teste sporche, quindi la loro presenza non è indice di scarsa igiene
- Si nutrono di sangue umano
- Non causano sempre prurito
- Sono resistenti allo shampoo comune
- Possono essere eliminati facilmente con l'uso di prodotti specifici per pidocchi
- Non trasmettono malattie
- Non vivono sugli animali domestici.

Quello responsabile della pediculosi è il *Pediculus humanus capitis*...

- Piccolo parassita grigiastro, di forma ovoidale, appiattita, che misura da 2 a 4 mm;
- La femmina adulta vive 3 settimane e depone da 7 a 10 uova al giorno;
- Le sue uova si chiamano lendini;
- Non salta e non vola, possiede 3 zampe, vive sul cuoio capelluto muovendosi velocemente.
- Lontano dal capo sopravvive poche ore (48-72) sia per la mancanza di nutrimento, sia per le sfavorevoli condizioni ambientali

Le lendini...

- Si attaccano alla base del capello, soprattutto dietro le orecchie e sulla nuca;
- Sono visibili ad occhio nudo;
- Sono ben attaccate al capello mediante una sostanza collosa che non permette di farle scorrere tra le dita e le rende difficilmente asportabili, a differenza della forfora;

Le lendini vive...

- Sono uova di colore bianco grigiastro, traslucide, che assomigliano alla forfora
- Si trovano all'incirca a meno di 1 cm dal cuoio capelluto

Le lendini morte...

- Sono più bianche e più secche;
- Si trovano principalmente a più di 1 cm dal cuoio capelluto

La forfora, la polvere e lo sporco che si tolgono facilmente, non sono lendini

COME TOGLIERE LE LENDINI

- Mettere un asciugamano bagnato sulla testa per circa 30 minuti per facilitare il distacco delle lendini dai capelli
- Pettinare ogni ciocca dei capelli con un pettine a denti stretti
- Per capelli corti: grattare dolcemente il cuoio capelluto e far scivolare il pettine lungo i capelli partendo dalla radice verso la punta dei capelli.
- Per i capelli lunghi: prendere una ciocca di capelli larga 2 centimetri, usare il pettine a denti stretti, pettinare i capelli partendo dalla punta verso il cuoio capelluto, prima di passare il pettine a denti stretti normalmente (dalla radice fino alla punta). Le ciocche o i capelli si possono separare con fermacapelli o elastici, e questi alla fine devono essere buttati via.
- Bagnare il pettine nell'acqua calda dopo ogni colpo di pettine.
- Per rimuovere una lendine che non si è ancora staccata dopo il passaggio del pettine, utilizzate le unghie o le pinze per le ciglia, facendo scivolare la lendine lungo il capello.

Come si possono prendere i pidocchi?

- I pidocchi passano facilmente da una testa all'altra se c'è contatto tra i capelli;
- I pidocchi non sono facilmente trasmissibili attraverso contatti di oggetti personali come cappelli, pettini, spazzole e federe né attraverso il contatto del poggiatesta dei divani, o con le lenzuola, i tappeti, gli occhiali, ecc.
- Non vi è correlazione tra pulizia dell'ambiente e l'infestazione, quindi non è necessaria la disinfestazione dell'ambiente in caso di pediculosi.

Come fare per scoprire se si hanno i pidocchi o le lendini?

Attraverso il controllo dei capelli, preferibilmente con un pettine a denti molto stretti e fini destinato a questo scopo.

QUANDO?

- Almeno una volta a settimana.
- Tutti i giorni se c'è la presenza di pidocchi nella scuola o tra le persone vicine.
- Quando c'è prurito in testa. Questa sintomatologia, di natura allergica e correlata alle ripetute punture del parassita, è comunque tardiva (anche settimane).

COME?

- Metti la testa sotto una buona luce (una lente di ingrandimento può essere utile)
- Cerca pidocchi e lendini, specialmente dietro le orecchie e sulla nuca.
- Per i capelli corti: è preferibile passare il pettine a denti fitti a partire dalla nuca verso la parte superiore della testa, grattando il cuoio capelluto e facendo scivolare il pettine dalla radice alla punta dei capelli, e ripetere lo stesso procedimento su tutta la testa.
- Per i capelli lunghi: separare i capelli in ciocche e pettinare ogni ciocca, grattando il cuoio capelluto e facendo scivolare il pettine dalla radice fino alla punta dei capelli, ripetere lo stesso procedimento su tutti i capelli.
- Ogni volta che fai passare il pettine attraverso i capelli controlla per vedere se ci sono pidocchi o lendini.
- Lavarsi le mani dopo ogni controllo.

Se trovi pidocchi o lendini:

- Fare subito il trattamento specifico contro i pidocchi.
- Informare tempestivamente la scuola o l'asilo e le altre persone che sono state a stretto contatto con la persona infestata.
- Tenere il bambino a casa fino a quando non è stato fatto il primo trattamento.
- Controllare la testa di tutte le persone della famiglia.

Fare il trattamento solo alle persone che hanno i pidocchi o lendini vive.

Il trattamento è più efficace quando tutte le persone che hanno i pidocchi sono **trattate contemporaneamente** (lo stesso giorno).

Come trattare i pidocchi?

Dopo un esame accurato della testa, se scoprite pidocchi o lendini dovete trattare il vostro bambino con i prodotti specifici contro i pidocchi.

PRODOTTI CONSIGLIATI

Sono quelli a base di piretrine (es. Milice schiuma) e Permetrine (es. Nix crema), considerate efficaci e meno tossiche.

Il Malathion (Aftir gel) lo si raccomanda in caso di fallimento di un precedente trattamento.

Sono da preferire prodotti sotto forma di schiuma, crema e gel rispetto agli shampoo, ritenuti inefficaci.

Nel caso in cui il trattamento risultasse inefficace contattare il proprio medico/pediatra.

E' importante, per ogni prodotto, seguire scrupolosamente le istruzioni riportate sul foglietto illustrativo.

PRINCIPIO ATTIVO

- **Permetrina (nome commerciale NIX emulsione 1%)**

E' la prima scelta per il trattamento perché meno tossico e molto efficace.

E' poco assorbita dalla cute ed agisce sulle membrane neuronali del pidocchio. E' biodegradabile e cosmeticamente accettabile

E' indicata solo in soggetti di età superiore ai 6 mesi. Si applica sulla cute per 10 minuti, coprendo uniformemente sulla capigliatura per l'intera lunghezza, insistendo in particolare sulla nuca e dietro le orecchie. Per assicurare l'efficacia del trattamento alcuni Autori consigliano di ripetere il trattamento.

Per le donne in gravidanza l'utilizzo del prodotto richiede parere del medico

- **Malathion (AFTIR gel)**

Questo prodotto è raccomandato in caso di fallimento del precedente trattamento. Tuttavia il Malathion non può essere utilizzato per i bambini con meno di 6 anni. In alternativa al Malathion, in caso di fallimento di altri prodotti, possono essere utilizzate soluzioni a base di dimeticone.

- **Altri prodotti** contro i pidocchi sono presenti sul mercato; tuttavia la loro efficacia non è dimostrata in studi scientifici pubblicati.

FREQUENZA DELL'APPLICAZIONE

Il trattamento consiste in due applicazioni dello stesso prodotto. La seconda applicazione va fatta da 7 a 10 giorni dopo la prima, anche se non si vedono più pidocchi o lendini vive nei capelli.

Se si vedono pidocchi vivi dopo 48 ore dalla prima applicazione del prodotto (bisogna essere sicuri per evitare trattamenti eccessivi), si raccomanda di ripetere subito il trattamento utilizzando un prodotto con diverso principio attivo fra quelli descritti sopra.

COME PREVENIRE I PIDOCCHI?

Non esiste alcun prodotto che abbia carattere preventivo. Il trattamento deve essere effettuato solo se si scoprono pidocchi o lendini, mai a scopo precauzionale. Controllare accuratamente i capelli, almeno una volta la settimana, dopo il lavaggio e l'asciugatura. Nei periodi di maggior contagio può risultare utili tenere i capelli raccolti.

La collaborazione dei genitori è essenziale per la prevenzione e il controllo dei pidocchi.

COME LAVARE GLI OGGETTI PERSONALI

Il rischio di trasmissione con oggetti personali è minimo, ma è bene seguire le seguenti indicazioni.

Trattare gli oggetti personali (pettini, spazzole, cappelli, berretti e altri accessori) che vengono usati regolarmente dalla persona infestata seguendo uno dei seguenti metodi:

- Mettere a bagno gli oggetti personali con i prodotti anti pidocchi (non diluito) per 5-10 minuti

Oppure:

- Mettere a bagno in acqua calda circa 65° per 10 minuti

VESTITI

- Mettere il vestiario nella macchina per asciugare i vestiti alla temperatura massima per 20 minuti

Oppure

- Portare i vestiti nelle lavanderie a secco

Oppure

- Chiudere gli oggetti personali in un sacco di plastica per 10 giorni

Non si devono utilizzare insetticidi spray per trattare il mobilio e soprammobili della casa. Questo non solo è inefficace per controllare la diffusione dei pidocchi, ma può causare un serio rischio alla salute delle persone o degli animali esposti a prodotti potenzialmente tossici.

Se il bambino frequenta la comunità, poiché il rischio di trasmissione è prontamente ridotto dalla terapia, è permesso il rientro scolastico anche il giorno successivo al trattamento e dopo rimozione manuale delle lenzini.

I genitori sono tenuti ad avvertire le insegnanti che solleciteranno un accurato controllo da parte di tutte le famiglie dei bambini che frequentano la classe.

Una scarsa attenzione, un trattamento non corretto o il mancato rispetto di queste norme rappresentano la causa del diffondersi della pediculosi.

**Documento adattato, tratto da Servizio Igiene e Sanità Pubblica ULSS 9 Treviso
Adattamento di un documento dei Servizi Sociali e Sanitari del Québec**

Istruzioni per l'uso con i prodotti a base di PERMETRINA



1 Lavare i capelli con uno shampoo comune **senza balsamo**. Risciacquare i capelli ed asciugarli con uno asciugamano.



2 **Agitare bene la bottiglia.**



4 Lasciare agire per almeno **10 minuti**.



3 Mettere circa 25-50 ml. di prodotto sul cuoio capelluto. Massaggiare scrupolosamente tutti i capelli in particolar modo sulla nuca e dietro le orecchie.



5 **Sciacquare accuratamente i capelli.**



6 Asciugare i capelli con un asciugamano o un asciugacapelli. L'asciugamano può essere lavato assieme a tutti gli altri indumenti.



7 Pettinare i capelli ogni giorno con un pettine a denti stretti per verificare la presenza dei pidocchi vivi.

Non usare aceto o balsami nei 10 giorni successivi il trattamento.

Istruzioni per l'uso con i prodotti a base di PIRETRINE o MALATHION



Applicare il prodotto **sui capelli asciutti** e massaggiare bene fino a bagnare tutti i capelli, soprattutto sulla nuca e dietro le orecchie.



Lasciare agire
per almeno **30 minuti**
Malathion
per almeno **10 minuti**
Piretrine



Lavare accuratamente i capelli con un normale shampoo.



Sciacquare accuratamente i capelli.



Asciugare i capelli con un asciugamano o un asciugacapelli. L'asciugamano può essere lavato assieme a tutti gli altri indumenti.



Pettinare i capelli ogni giorno con un pettine a denti stretti per verificare la presenza dei pidocchi vivi.

Non usare aceto o balsami nei 10 giorni successivi il trattamento.

SCABBIA E FREQUENZA SCOLASTICA

Nota informativa in caso di scabbia

La Scabbia è un'infestazione cutanea causata da un acaro: il *Sarcoptes Scabiei*.

Il contagio avviene da persona a persona attraverso **stretto e prolungato contatto fisico** *(per esempio, dormire nello stesso letto, conviventi del nucleo familiare o compagni amici con i quali si vive a stretto contatto o ci si scambiano gli indumenti)*

L'incubazione dura circa 3-4 settimane.

I **sintomi** della scabbia sono caratterizzati dal **prurito intenso**, che peggiora durante la notte portando insonnia. Sulla pelle si possono evidenziare **lesioni da grattamento**, in particolare in alcune zone come le ascelle, gli inguine, le mani, i piedi e la regione genitale.

Solitamente la testa ed il volto vengono risparmiati.

Fermo restando il consiglio, per qualsiasi dubbio ed incertezza, di rivolgersi al proprio pediatra, di seguito si riportano alcuni consigli utili alla **gestione dei contatti stretti**

Anche se asintomatici, si consiglia di eseguire il trattamento con Permetrina crema al 5% (Scabianil crema) nel seguente modo:

- La crema va applicata alla sera dopo un bagno caldo su tutta la superficie cutanea da dietro le orecchie fino alla punta dei piedi. E' importante applicarla bene sotto le unghie ed in tutte le pieghe cutanee.
- **La crema va tenuta in posa per 12 ore** (fino al mattino successivo) quando sarà possibile rimuoverla con una doccia.
- **L'applicazione va effettuata per 2 giorni di seguito.**
- **Dopo 7 giorni si ripete un nuovo ciclo di 2 giorni.**
- Gli indumenti e la biancheria vanno lavati a temperature di almeno 60 ° C (anche in lavatrice).
- Tutto ciò che non può essere lavato va tenuto in isolamento in sacchetti di plastica per 15 giorni.
- Per trattare gli ambienti è consigliabile l'uso di strumenti a getto di vapore o detergenti/disinfettanti.

Per qualsiasi dubbio si può contattare il proprio pediatra o, in alternativa, l'ambulatorio di Pediatria allo 0549994251 dalle h. 8,00 alle h. 19 dei giorni feriali e dalle h. 8,00 alle h. 13,00 del Sabato.

A seguire, la circolare emanata nel 2019 dalla Direzione dell'I.S.S.



San Marino, 2 ottobre 2019/1719 d.F.R.

Prot. n. 2236

CIRCOLARE SU GESTIONE CASI DI SCABBIA NELLE SCUOLE

In riferimento alla gestione delle malattie infettive ed, in particolare, in caso di soggetto affetto da scabbia, si fa presente che nel documento "SALUTE A SCUOLA" rivisto in data 7 dicembre 2015, scaricabile sul sito <http://www.educazione.sm/on-line/home/notizie/documento41098160.html>, in cui viene data la definizione della Scabbia, le modalità di trasmissione e prevenzione, nonché le modalità di comportamento da seguire. Inoltre, si conferma quanto già esplicitato nelle 2 circolari emanate dalla UOC Cure Primarie e Salute Territoriale, allegate alla presente, che descrivono le caratteristiche della malattia e definiscono l'approccio corretto ad un soggetto affetto da scabbia.

Ciò premesso, la Direzione Generale in accordo con la Direzione UOC Cure Primarie, rammenta che, qualora sia presente in un istituto scolastico uno studente con la scabbia, le procedure che devono essere poste in essere sono le seguenti:

1. il soggetto deve essere allontanato per 24 ore dopo il primo ciclo di terapia, salvo diversa disposizione del medico specialista di competenza,
2. il materiale informativo fornito dall'ISS deve essere distribuito alle famiglie e agli insegnanti,
3. la classe in cui si è verificato il caso viene tenuta sotto sorveglianza per verificare che non siano presenti altri soggetti affetti, con la supervisione degli insegnanti ed il supporto del personale dell'ISS,
4. la biancheria utilizzata deve essere sottoposta a lavaggio caldo (ciclo ad almeno 60 °C),
5. il personale ausiliario della scuola intensifica le normali pulizie che garantiscono l'igiene ambientale, (non sono necessari interventi straordinari quali la chiusura della scuola o la disinfestazione),
6. il personale dell'ISS di competenza assicura la sorveglianza sanitaria dei contatti stretti verificando che non insorgano altri casi.

Si conferma, infine, che la persona che ha avuto contatti diretti con un soggetto affetto da scabbia, deve consultare il proprio Medico di base o Pediatra, per l'attivazione della normale profilassi.

Il Direttore

Dr. Andrea Gualtieri

REPUBBLICA DI SAN MARINO

Via Salaria, 50 - 47022 Borgo Maggiore (R)
Segreteria Direzione Generale T +378 (0549) 904301 F +378 (0549) 904340 – direzione.gesantidati@iss.sm
<http://www.salute.sm>

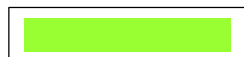
VACCINAZIONE O PROFILASSI FARMACOLOGICA

Nei casi di malattia infettiva soggetta a denuncia, non appena ricevuta la segnalazione di malattia infettiva in un bambino da parte del medico curante, si può intervenire secondo procedure definite utili a contrastare la diffusione della malattia.

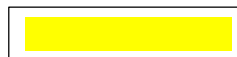
In certi casi, può essere necessario rintracciare le persone che sono state a contatto con il malato, al fine di proporre loro la vaccinazione o una profilassi farmacologica. Questi provvedimenti possono, in alcuni casi, ridurre il rischio di diffusione della malattia.

CALENDARIO VACCINALE 2020

CALENDARIO VACCINALE 2020																
Vaccini obbligatori	30 gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11/12° mese	13° mese	15° mese	5° anno	10° anno	12° anni	14/15° anni	16/49° anni	50/64 anni	>64 anni
DPaT																
Antipolio tipo Salk																
Epatite B																
Haemofilus i. B																
Morbillo Parotite Rosolia																
Difto-Tetanica																
Vaccini raccomandati	30 gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11/12° mese	13° mese	15° mese	5° anno	10° anno	12° anni	14/15° anni	16/49° anni	50/64 anni	>64 anni
Antidifterite e/o Antitetanica														1 dose di DT o T ogni 10 anni		
MPR (non vaccinati)														2 dosi (0-4/8 set. Nei n. vaccinati o cat. a rischio		
Antipneumococcica coniugata 13																Mmod. dosi second o età
Antipneucocina 23																
Haemofilus i. B																Categ. a rischio
Meningococco B																
Meningococco C												Men ACWY coniugati 1 dose				
Antiepatite B												Categorie a rischio post esposizione				
HPV												2-3 dosi secondo età				
Epatite A									2 dosi(0,6-12 mesi) 2° dose anche dopo 5 anni							
Varicella																Dist. 2 mesi
Influenzale						In categorie a rischio						1 dose anno				
Antirabbica		Per categorie a rischio o post esposizione														



VACCINI OBBLIGATORI



VACCINI RACCOMANDATI

- **HPV**: Vaccinazione con chiamata attiva e gratuita a 2 dosi per entrambi i sessi al dodicesimo anno di vita con diritto acquisito per tutta la vita. Chiamata attiva e gratuita a una seconda coorte dei femmine fra 18 e 25anni. Possibilità di accesso a prezzo agevolato a maschi e femmine fino a età massima vaccinale.

- **HB**: Una dose alla nascita per i neonati da madre portatrice di HBV

- **MPRV** o in alternativa **MMR+V**

- Una dose di **DTPa** ogni 10 anni

- **Meningo B** ai giorni: 76°, 106°, 121°

- **Meningo C** oppure Meningo tetravalente al 13 o 15° mese; 1 dose dal 12° anno in poi di Meningo tetra valente ACWY

- **Rota virus**: vaccinazione universale, somministrabile con tutti gli altri vaccini previsti per i primi mesi di vita

- **Epatite A**: vaccinazione universale in aree geografiche a rischio In aree; 2 coorti: 15-18 mesi e 12 anni

- **Herpes Zoster**: una o più coorti nella fascia 60-70 anni; tutti i soggetti affetti da patologie croniche (BPCO, diabete, cardiopatie su base ischemica) a partire dai 50 anni di età.

UTILIZZO DELLO ZAINO SCOLASTICO E LA SALUTE DELLA SCHIENA

La corretta postura durante la frequenza della scuola dell'infanzia e della scuola primaria è un obiettivo importante di prevenzione di patologie a carico della colonna.

Posizioni/posture scorrette durante lo studio, così come nel gioco, e l'utilizzo di zaini inadeguati o troppo pesanti possono creare danni alla schiena.

La protezione della schiena del bambino, con una corretta gestione della scelta e del peso dello zaino, insieme alla postura durante lo studio e nelle attività ludiche, deve essere collocata all'interno di un più ampio intervento di educazione alla salute della promozione di corretti stili di vita, quali una sana e corretta alimentazione ed un'adeguata attività motoria.

I regolari controlli di salute eseguiti dal pediatra, con particolare riferimento al regolare sviluppo muscolo scheletrico, contribuiscono a proteggere la schiena ed alla diagnosi e trattamento precoce delle patologie della colonna.

Facendo riferimento alla campagna d'informazione e di sensibilizzazione "Proteggi la tua schiena", assunta dal Ministero della Salute italiano, si riportano i 10 consigli indicati come utili alla prevenzione delle patologie a carico della colonna.

10 CONSIGLI UTILI

- 1) **Insegnare ai bambini ad assumere una corretta postura** appena iniziano la frequenza scolastica, **sia in posizione eretta che da seduti**.
- 2) Quando il bambino è seduto, deve **mantenere una posizione dritta della colonna vertebrale**. **Banchi e sedie devono essere ad altezza adeguatamente proporzionata al bambino che li usa**, onde evitare una posizione forzatamente curva della colonna vertebrale.
- 3) **Correggere la postura al bambino anche quando utilizza apparecchi elettronici e video giochi**. A tal proposito, **si raccomanda di rispettare un uso limitato di questi apparecchi**, come suggerito dalla Società Italiana di Pediatria, **(max 2 ore nell'intera giornata)**.
- 4) **Stimolare attività motoria e sportiva**, sia dentro che fuori dalla Scuola, anche per allenare la muscolatura del dorso che sostiene la colonna vertebrale **(particolarmente importante nelle fasi di crescita del bambino)**.
- 5) **Alleggerire Zaini e Maxi zaini**, ricordando che **il loro peso non dovrebbe superare il 15% del peso corporeo dell'alunno** che lo utilizza. Scegliere un **modello di giusta misura, con bretelle ampie ed imbottite, con un rinforzo schienale ed una cintura addominale**.
- 6) **Indossare lo zaino in maniera corretta**, facendo sì che il carico venga ripartito in modo simmetrico sul dorso. Un carico prevalente solo su un lato del corpo determina una postura non corretta della colonna. **Non portare mai lo zaino solo su una spalla o con la sua parte inferiore troppo scesa sul bacino**.
- 7) **Non sovraccaricare i trolley**, in quanto il carico eccessivo, tollerato per la presenza delle ruote, rende spesso necessari movimenti bruschi e sollevamenti che possono comportare strappi e/o contratture lombari.
- 8) **Educare ad un corredo scolastico essenziale**. I docenti sono parte attiva nella promozione della salute e sicurezza dei bambini, anche attraverso l'organizzazione della didattica. Sono disponibili testi scolastici in fascicoli, proprio per consentire di alleggerire il peso degli zaini scolastici.
- 9) **Prestare attenzione a segnali di possibili "problemi" alla schiena**. In particolare nel periodo tra 4°-5° elementare e 1a media, i ragazzi si trovano in quella fase dello sviluppo in cui possono rendersi evidenti problemi a carico della colonna vertebrale.
- 10) **Considerare le insidie di un'età "critica"**. L'inizio dell'adolescenza può rendere difficile, da parte dei genitori e degli insegnanti, l'individuazione del problema alla schiena, correndo anche il rischio di scambiare un'eccessiva curvatura della colonna per una postura assunta per timidezza.