

REPUBBLICA DI SAN MARINO
SEGRETERIA DI STATO PER L'ISTRUZIONE
SEGRETERIA DI STATO PER LA SANITÀ

"SALUTE A SCUOLA"

AGGIORNATO NEL 2025

(1^ Edizione anno 2015)



Documento revisionato da:

ISTITUTO SICUREZZA SOCIALE – U.O.C. PEDIATRIA

in collaborazione con:

AUTHORITY SANITARIA

DIPARTIMENTO ISTRUZIONE

Documento approvato il 22 febbraio 2024 e aggiornato il 28 gennaio 2025 dal "Tavolo multidisciplinare ed intersettoriale per la programmazione e il coordinamento degli interventi di promozione ed educazione alla salute nelle scuole".

Sommario

INTRODUZIONE	4
LE MALATTIE INFETTIVE	4
ETA' E STATO IMMUNITARIO DEL BAMBINO	4
ALLONTANAMENTO E RIENTRO DEL BAMBINO MALATO DALLA SCUOLA	5
VACCINAZIONE O PROFILASSI FARMACOLOGICA	5
CURA ADEGUATA E PERMANENZA A CASA	5
COMPITI DEI GENITORI	6
COMPITI DEL PERSONALE DELLA SCUOLA	6
COMPITI DEL PEDIATRA	6
TABELLA RIASSUNTIVA DELLE PRINCIPALI MALATTIE E RESTRIZIONI ALLA FREQUENZA	7
SOSPENSIONE DELLA FREQUENZA PER MOTIVI DI SALUTE	8
NORME IGIENICHE E COMPORTAMENTALI	9
VACCINAZIONI CONSIGLIATE PER IL PERSONALE	9
LAVAGGIO DELLE MANI	9
COME IGIENIZZARE LE MANI	9
PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI PASTI	9
CAMBIO DEL PANNOLINO	10
ASSISTENZA AL BAMBINO CHE SANGUINA	10
IGIENE AMBIENTALE	10
PATOLOGIE PEDIATRICHE PRINCIPALI	11
ASMA BRONCHIALE	11
CRISI ASMATICA	12
CELIACHIA	12
COLPO DI CALORE	14
CONGIUNTIVITE	15
CONVULSIONI FEBBRILI	15
DOC-OP 2 PED "GESTIONE CONVULSIONI FEBBRILI"	18
CORPI ESTRANEI CONFICCATI	20
EPATITE A	20
FEBBRE	21
IMPETIGINE	23
MENINGITE	24
MORBILLO	25
OSSIURIASI (vermi)	25
PAROTITE	26
PIDOCCHI-PEDICULOSI DEL CAPO	27
PERTOSSE	30
ROSOLIA	30
ROTAVIRUS	30
SALMONELLOSI	32
SCABBIA E FREQUENZA SCOLASTICA	33
SCARLATTINA	36
TIGNA DEL CAPO (Tinea capitis)	37
TIGNA DEL CORPO (Tinea Corporis)	37
TUBERCOLOSI	37
VARICELLA	38
GESTIONE PROBLEMI SANITARI A SCUOLA	39
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA	39
GESTIONE DELL'EMERGENZA	41
NUMERI UTILI PER LE EMERGENZE	41
CONCETTI GENERALI SUL PRIMO SOCCORSO	41

COSA FARE IN PRESENZA DI SANGUE NEGLI AMBIENTI (arredi, pavimenti, ecc.)	42
PATOLOGIA TRAUMATICA E URGENTE IN AMBIENTE SCOLASTICO	42
ALLERGIE E SHOCK ANAFILATTICO.....	42
DIABETE.....	43
IPOGLICEMIA.....	45
DIABETE E SPORT	46
IL RAGAZZO DIABETICO E LA REFEZIONE SCOLASTICA	46
COME TRATTARE IPO E IPERGLICEMIA	47
EPISTASSI.....	48
FERITA SANGUINANTE DI PICCOLE DIMENSIONI	49
INGESTIONE SOSTANZE TOSSICHE/VELENOSE.....	49
FRATTURE.....	50
ROTTURA DI UN DENTE.....	50
OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO	51
POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA (PLS)	51
PUNTURA D'INSETTO (api, vespe, calabroni).....	51
TRAUMA CRANICO	53
DOC OP-3 PED "GESTIONE TRAUMA CRANICO"	54
USTIONI.....	57
INSERIMENTO AL NIDO, SCUOLA D'INFANZIA, ELEMENTARI E MEDIE – CERTIFICATO MEDICO	57
INSERIMENTO AL NIDO, SCUOLA D'INFANZIA, ELEMENTARI E MEDIE – VACCINAZIONI	57
PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE PRINCIPALI MALATTIE INFETTIVE	58
CONTATTI IN AMBIENTI DI VITA COLLETTIVA	59
SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI.....	59
LE MISURE DI CONTROLLO - ALLONTANAMENTO	59
ASSENZA PER MALATTIA E RITORNO IN COLLETTIVITÀ	60
L'ATTIVITÀ SPORTIVA PER IL BAMBINO ALLERGICO	60
PREVENZIONE DELL'ASMA DA ESERCIZIO FISICO	61
PROGRAMMI INFORMATIVI/FORMATIVI PER OPERATORI SCOLASTICI, STUDENTI E FAMIGLIE	62
VACCINAZIONE O PROFILASSI FARMACOLOGICA.....	62
COVID 19	63
UTILIZZO DELLO ZAINO SCOLASTICO E LA SALUTE DELLA SCHIENA	64
ABUSO E MALTRATTAMENTO.....	65
LINEE D'INDIRIZZO PER LA REFEZIONE SCOLASTICA	68
MENÙ	70
LE DIETE SPECIALI.....	71
VALUTAZIONE E GESTIONE DI ECCEDENZE E AVANZI, RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE DI RIFIUTI	73
LA REFEZIONE SCOLASTICA E I BAMBINI SELETTIVI	73
REFEZIONE SCOLASTICA E DIETE SPECIALI	74
DOC-OP 1 PED "ALIMENTI E ORTICARIA"	75

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 essere 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, sulla corretta gestione delle malattie infettive e delle urgenze mediche che si possono presentare all'interno della comunità infantile e scolastica, così come sui criteri 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, ma è falsa la convinzione che la prevenzione delle malattie infettive passi anche attraverso il rilascio dei **certificati di riammissione scolastica**, dopo assenza per malattia.

È 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.

Tutto questo è stato applicato con la pandemia da Covid-19.

Per **“prevenzione”** di una malattia infettiva s'intende ogni azione efficace ad impedire il contatto dell'organismo con un agente 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).

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 dal nido, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

I tempi per la riammissione dopo una 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.**

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

ETÀ E STATO IMMUNITARIO DEL BAMBINO

I bambini più piccoli spesso sono i più colpiti da certe malattie non gravi, come le infezioni delle prime vie respiratorie: cosa che potrebbe considerarsi **“fisiologica”**.

Attualmente sono disponibili vaccini sicuri ed efficaci nei confronti delle malattie più gravi.

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 quelli descritti nei seguenti paragrafi.

ALLONTANAMENTO E RIENTRO 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, ossia per ridurre la possibilità di trasmissione di una malattia da un bambino agli altri;
2. la 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:**

- febbre
- 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 l'UOC Pediatria per il triage telefonico e ne seguiranno le prescrizioni, sia in tema di terapia, sia per quanto riguarda il tempo di riammissione scolastica.

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

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. Per privacy si può informare la scuola solo in caso di malattia che pregiudichi la salute pubblica come la meningite, nel qual caso può essere necessario rintracciare le persone che sono state a contatto con il malato, al fine di proporre loro la vaccinazione e/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 la 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 seguono 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 nella pagina seguente).
- Fanno eseguire al bambino le vaccinazioni consigliate ed indicate nel calendario vaccinale.

COMPITI DEL PERSONALE DELLA SCUOLA

- Assicurare 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.
- Adottare procedure efficaci, note al personale incaricato, riguardanti le pulizie di pavimenti, servizi igienici, attrezzature, oggetti e giocattoli.
- Assicurare 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.
- Adottare il frequente lavaggio delle mani per ridurre il rischio di trasmissione di malattie
- Avvertire i genitori, per consentire il tempestivo ritiro del bambino malato, nei casi previsti alla voce "criteri di procedure d'igiene generale-allontanamento".

COMPITI DEL PEDIATRA

- Comunicare tempestivamente ogni caso di malattia infettiva soggetta a denuncia all'Ufficio competente (Cure Primarie), utilizzando l'apposita scheda di segnalazione.
- Fornire ai genitori le indicazioni terapeutiche e comportamentali utili per prevenire la trasmissione nella comunità, in caso di malattia infettiva contagiosa di un bambino che frequenta una comunità infantile.
- Comunicare 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 di seguito).
- Dare 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
Gastroenterite	Almeno 24 ore dalla fine di vomito e/o diarrea
Impetigine	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico
Influenza	Fino a guarigione clinica
Mollusco contagioso	24 ore dall'inizio del trattamento dermatologico
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
Pneumococco	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico
Quinta malattia	Fino a risoluzione dei sintomi (dopo la manifestazione cutanea non si è più contagiosi)
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	Dopo almeno 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica
Sesta malattia	Fino a risoluzione dei sintomi
Sindrome Mani-bocca-piedi	Fino a scomparsa della manifestazione 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.

SOSPENSIONE DELLA FREQUENZA PER MOTIVI DI SALUTE

In seguito a verifica di condizioni di salute non idonee alla frequenza, l'educatore/insegnante può dimettere il/la bambino/a che presenti le condizioni descritte nella seguente tabella:

SINTOMO	DESCRIZIONE	ACCERTAMENTO MEDICO	RIENTRO IN COMUNITÀ	CERTIFICATO MEDICO	DICHIARAZIONE DEI GENITORI
Sintomi aspecifici	Malessere: -apatia (inattività) -astenia (debolezza generale) -inappetenza -tosse persistente -dolori addominali -iporeattività	Su decisione dei genitori	A risoluzione dei sintomi	Non richiesto	Non richiesta
Febbre	Da 37,5°C in su, misurata almeno 2 volte a distanza di 15 minuti	Su decisione dei genitori	Apiressia (assenza di febbre) da 24 ore e buono stato di salute	Non richiesto	Non richiesta
Diarrea*	2 o più scariche in 3 ore	Su decisione dei genitori	24 ore dopo la scomparsa della diarrea	Non richiesto	Non richiesta
Vomito*	2 episodi consecutivi di vomito alimentare (se ci fosse sangue, subito)	Su decisione dei genitori	24 ore dopo la scomparsa del vomito	Non richiesto	Non richiesta
Congiuntivite secretiva	Congiuntiva iperemica, edema periorbitario	Su decisione dei genitori	A risoluzione dei sintomi	Non richiesto	Autocertificazione che ha effettuato terapia antibiotica locale per congiuntivite batterica prescritta.
Vescicole al cavo orale	2 o più vescicole accompagnate da scialorrea (bocca-mani-piedi)	Necessaria visita o riscontro con telemedicina/ e-mail	A risoluzione dei sintomi	Non richiesto	Richiesta attestazione visita pediatrica o e-mail della pediatria.
Parassitosi: -pediculosi -ossiuriasi -mollusco contagioso		Su decisione dei genitori	Con autocertificazione per confermare l'inizio della terapia da 24 ore, o di aver effettuato il trattamento per pediculosi il giorno prima del rientro a scuola.	Non richiesto	Richiesta per confermare l'inizio della terapia da 24 ore, o di aver effettuato il trattamento per pediculosi il giorno prima del rientro a scuola.
Esantema o eruzioni cutanee	Esordio improvviso di rash cutaneo non motivato da patologie preesistenti	Necessaria visita o riscontro con telemedicina/ e-mail	A risoluzione dei sintomi	Non richiesto se non per malattie con periodo contumaciale	Richiesto referto visita pediatrica o e-mail di risposta della pediatria.
Traumi		A seconda del caso	Secondo eventuali prescrizioni mediche	Non richiesto	Richiesta in caso di osservazioni particolari.

*** Nei casi di gastroenterite che vengono rimandati a scuola e ripresentano scariche diarroiche e/o vomito, è previsto l'allontanamento per almeno 3 gg.**

Durante e dopo la gastroenterite, la dieta deve proseguire completa, come da Linee Guida Internazionali: **NON dev'essere fatta la dieta in bianco.**

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.

VACCINAZIONI CONSIGLIATE PER IL PERSONALE

Il personale scolastico dovrebbe essere immune a 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.

LAVAGGIO DELLE MANI

In ambito assistenziale e in comunità, lavarsi le mani correttamente, con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi, oppure, se non disponibili, igienizzarle con soluzione idroalcolica per almeno 20-30 secondi (fonte WHO), impedisce la trasmissione dei microrganismi responsabili di molte malattie infettive, dalle più frequenti, come l'influenza e il raffreddore, a quelle più severe e recenti.

COME IGIENIZZARE LE MANI

L'igiene delle mani è il gesto quotidiano più efficace per ridurre la diffusione di agenti patogeni e prevenire le infezioni, compresa l'infezione da SARS-CoV-2. Le mani devono essere prive di anelli o bracciali.

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

Si raccomanda di igienizzare le mani

Prima

- di assumere farmaci o somministrare farmaci ad altri
- di toccarsi occhi/naso/bocca (per es., per fumare, usare lenti a contatto, lavare i denti, etc.)
- di mangiare
- di preparare o somministrare i pasti

Prima e dopo

- aver assistito/toccato una persona malata
- aver medicato o toccato una ferita
- aver cambiato il pannolino di un bambino
- aver maneggiato alimenti, soprattutto se crudi
- aver usato i servizi igienici
- aver toccato un animale.

Dopo

- aver toccato altre persone
- aver frequentato luoghi pubblici e, in generale, appena si rientra in casa
- aver maneggiato la spazzatura
- aver utilizzato soldi
- aver tolto guanti monouso o di gomma
- l'uso dei servizi igienici

Si ricorda, in particolare, che è buona abitudine tossire/starnutire nella piega del gomito, per non contaminare le mani con cui successivamente si possono trasmettere i propri microrganismi toccando ad es. il cellulare, la maniglia di una porta, etc. inoltre, è raccomandato l'utilizzo di fazzoletti monouso per soffiarsi il naso, possibilmente eco-sostenibili, da smaltire nei rifiuti e ricordare di lavarsi le mani, subito dopo l'uso.

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).

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.

ASSISTENZA AL 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.

IGIENE AMBIENTALE

RICAMBIO DELL'ARIA

Per ridurre il rischio di malattie a trasmissione aerea (morbillo, meningiti, tubercolosi, Covid-19, 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.

È 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).

PATOLOGIE PEDIATRICHE PRINCIPALI

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;

È 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.

CELIACHIA

Definizione

La **celiachia** o intolleranza al glutine è una **malattia cronica** in cui il **sistema immunitario reagisce contro il glutine**, una proteina contenuta nei cereali come il grano, l'orzo, e la segale.

Ogni volta che il celiaco assume glutine con la dieta, il suo sistema immunitario innesca una reazione infiammatoria della mucosa intestinale con progressivo danno dei villi, le sottili proiezioni della mucosa intestinale responsabili dell'assorbimento dei nutrienti del cibo.

Di conseguenza, chi è affetto da celiachia ha una mucosa intestinale atrofica e infiammata che non funziona più bene e non dispone più delle sostanze nutrienti necessarie per stare bene e crescere regolarmente, con effetti quindi più evidenti in età pediatrica.

Colpisce **l'1,6% della popolazione** con una **frequenza maggiore per il sesso femminile (3:1)** e si ritrova più facilmente in pazienti affetti da alterazioni cromosomiche, 10 volte più frequente, e in quelli affetti da altre malattie autoimmuni e nei familiari dei pazienti celiaci.

Per lo scatenamento della malattia è essenziale avere una **predisposizione genetica**, portatori di geni HLA-DQ2 e/oDQ8, e **assumere il glutine con la dieta**.

In genere la malattia celiaca è **poi innescata da una sollecitazione del sistema immunitario** che può essere un'infezione, virale o batterica, o un agente chimico (antibiotici, chemioterapici) o fisico (radioterapia,

intervento chirurgico).

Una volta che l'infiammazione della mucosa si è stabilita non è più reversibile a meno che non si smetta di assumere glutine: con l'eliminazione di questa proteina l'infiammazione progressivamente regredisce fino alla completa normalizzazione della mucosa intestinale.

Sintomi

I sintomi della celiachia sono estremamente variabili, e possono riguardare la crescita (bassa statura, rachitismo, perdita di peso) o l'apparato gastro-intestinale:

- Dolore addominale ricorrente;
- Scarso appetito;
- Disturbi della funzione intestinale;
- Dalla diarrea cronica con feci schiumose giallastre alla stipsi (o alternanza delle due condizioni);
- Vomito;
- Importante meteorismo intestinale;

Il mancato assorbimento di calcio e ferro ed altri micronutrienti porta a:

- Anemia, con perdita del normale colorito della pelle;
- Ipotonia;
- Malessere;
- Cefalea;
- Irritabilità;
- Dolori articolari e muscolari;
- Rachitismo;
- Alterazioni dello smalto dei denti;
- Afte in bocca;
- Infiammazioni periodiche di una ghiandola congiuntivale che produce sebo (calazio);
- Caduta dei capelli (alopecia);
- Steatosi epatica (o può causare un aumento isolato delle transaminasi);
- Pancreatite ricorrente;
- Patologia della pelle come la dermatite erpetiforme;
- Orticaria;
- Disturbi del linguaggio;
- Disturbi aspecifici dell'apprendimento, con conseguenti difficoltà scolastiche;
- Ritardo puberale;
- Amenorree, o assenze del ciclo mestruale, primarie e secondarie.

A volte sono presenti anche sintomi neurologici estremamente importanti come atassia da compromissione cerebellare o neuropatie periferiche, ma questi sono estremamente rari nell'infanzia.

A volte la celiachia si manifesta insieme ad altre malattie autoimmuni: epatite autoimmune, tiroidite autoimmune, psoriasi, diabete mellito, malattie renali e neurologiche su base autoimmune.

Diagnosi

I criteri per la diagnosi di celiachia sono stati rivisti e aggiornati nel 2019 dall'ESPGHAN (European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition).

La diagnosi in età pediatrica viene generalmente fatta su base clinica e confermata dagli **esami del sangue** con il riscontro di valori elevati di anticorpi antitransglutaminasi di classe IgA (vanno sempre dosate anche le immunoglobuline IgA per essere sicuri che il test sia attendibile).

Se i livelli di **antitransglutaminasi** sono **elevati**, occorrerà un secondo prelievo di sangue per valutare anche la positività degli anticorpi antiendomio di classe IgA (è importante che i 2 prelievi siano distinti).

Qualora gli esami del sangue non fossero chiaramente positivi si dovrà fare una biopsia intestinale, tramite gastroscopia che nei bambini va eseguita sempre in sedazione, per verificare l'eventuale atrofia ed infiammazione della mucosa.

Quindi la biopsia intestinale, che in precedenza era indispensabile per fare diagnosi di celiachia, viene oggi evitata nella maggioranza dei casi.

La **biopsia intestinale** rimane indispensabile in tutti gli adulti (pazienti di età >18 anni) e anche nei pazienti con **deficit di IgA** perché gli esami sierologici IgA-dipendenti risulteranno comunque normali.

Fintanto che il bambino non ha una diagnosi di celiachia deve continuare un'alimentazione libera, assumendo glutine, per permettere di arrivare ad avere una diagnosi.

Se venisse alimentato con una dieta senza glutine, prima di fare la diagnosi, sia gli esami del sangue che la

biopsia potrebbero dare risultati falsamente normali.

Terapia

Attualmente l'unica cura consiste nell'**eliminare il glutine dall'alimentazione completamente e per tutta la vita**, che comporta una progressiva e completa guarigione della mucosa intestinale.

L'alimentazione senza glutine va proseguita a vita perché la sua reintroduzione comporterebbe la ripresa dell'infiammazione con danno della mucosa. L'esclusione rigorosa del glutine dalla dieta non è sempre facile ma l'industria alimentare è sempre più di aiuto per l'aumento progressivo della percentuale dei celiaci nella popolazione.

Non sempre gli alimenti offerti dall'alimentazione "senza glutine" sono salutari perché per aumentarne la gradevolezza del gusto, a volte sono troppo ricchi in zuccheri e grassi, non sempre di buona qualità nutrizionale. Pertanto è indispensabile che il bambino venga seguito da un Centro specializzato con esperti dell'alimentazione, dietologi, particolarmente competenti in materia, ai fini di far crescere bene il bambino, evitare che sviluppi sovrappeso-obesità-sindrome metabolica o altre patologie autoimmuni.

Dieta senza glutine

La dieta senza glutine dev'essere prescritta dal Direttore UOC Pediatria o dal Pediatra curante dell'ISS.

COLPO DI CALORE

COLPI DI CALORE

10 consigli per evitarli

1

Evitare le **ore più calde** per uscire e fare attività fisica o sportiva

2

Esporre il bambino al sole in maniera graduale, mai **dalle 11 alle 17**

3

Evitare l'**esposizione diretta al sole** nei lattanti di età inferiore a 6-8 mesi

4

Utilizzare sempre **creme solari** ad alta protezione per evitare danni irreversibili alla pelle

5

Bagnare la testa del bambino e **rinfrescare** spesso il corpo con un bagno o una doccia

6

Indossare **indumenti leggeri** in fibre naturali per favorire una maggiore traspirazione

7

Preferire **colori chiari** dei vestiti per respingere i raggi solari

8

Aumentare la ventilazione nei luoghi in cui soggiorna il piccolo avendo cura di tenere una temperatura ambientale di 23-24°

9

Ridurre l'**apporto calorico**, in particolare quello fornito da cibi grassi; è preferibile assumere carboidrati semplici a più rapida digeribilità

10

Aumentare l'**apporto idrico** per reintegrare i liquidi persi con la sudorazione. Privilegiare una dieta ricca di frutta e verdura

Bambino Gesù
Istituto per la Salute

Quando la temperatura sale, in particolare se vi è un elevato tasso di umidità, il nostro organismo viene messo a dura prova. I bambini, in particolar modo i più piccini, sono ancor più vulnerabili in quanto **la loro termoregolazione è meno efficace**, anche considerando che la superficie corporea, che permette la traspirazione, è decisamente più ridotta.

I colpi di calore sono malesseri che possono manifestarsi con sintomi più o meno intensi. Sono dovuti a un innalzamento improvviso della temperatura corporea. Un'attenzione ancora maggiore deve essere posta per quei **bambini con malattie croniche**, che più facilmente possono andare incontro a gravi sintomi per l'eccessivo aumento della temperatura.

Le condizioni che possono causare i colpi di calore sono tre:

- Temperatura elevata;
- Alto tasso di umidità;
- Scarsa aerazione.

La combinazione di caldo e umidità è la causa principale del colpo di calore.

I sintomi che caratterizzano un colpo di calore sono diversi e possono manifestarsi con più o meno intensità: nausea, mal di testa, aumento della temperatura corporea, crampi, sincopi (svenimenti) fino, nei casi più gravi, a disturbi della coscienza.

Inoltre se l'esposizione ai raggi solari è diretta, si può manifestare anche il colpo di sole con possibili **ustioni di primo o secondo grado**.

Portare il bambino in un ambiente ombreggiato e areato è la prima mossa da fare se il piccolo presenta i sintomi del colpo di calore. Se manifesta segni di mancamento, è necessario porlo a terra sdraiato con gli arti inferiori più sollevati rispetto al corpo e somministrare liquidi non troppo freddi a piccoli sorsi.

In caso di comparsa di febbre superiore ai 38° somministrare un antipiretico, quale il paracetamolo o l'ibuprofene.

Se il bambino non migliora, o in presenza di disturbi della coscienza, è necessario recarsi **al più vicino Pronto Soccorso**.

CONGIUNTIVITE

L'occhio rosso, spesso identificato con la congiuntivite, è un campanello d'allarme: può segnalare un'infezione di origine infettiva o traumatica

L'occhio rosso rappresenta sempre un campanello d'allarme per la presenza di uno stato infiammatorio (più o meno grave), di origine infettiva, allergica o traumatica, che viene identificato con il termine congiuntivite.

I microrganismi che possono causare la malattia sono batteri (emofilo, streptococco, stafilococco) o virus (adenovirus).

Colpisce più frequentemente bambini di età inferiore ai 5 anni. Può manifestarsi con un arrossamento dell'occhio, gonfiore delle palpebre, lacrimazione, dolore all'occhio; nelle forme batteriche con secrezione densa e appiccicosa (con pus), nelle forme virali con secrezione sierosa e chiara.

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.

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).

Terapia

La terapia è costituita da colliri antibiotici, prescritti dal Pediatra o dall'Oculista.

Le congiuntiviti virali rappresentano le forme più pericolose e contagiose, e generalmente sono associate a stati influenzali.

La terapia è costituita da colliri antibiotici locali associati ad antivirali locali: nelle forme più resistenti si associa terapia antivirale sistemica.

L'Oculista può decidere di associare un collirio cortisonico per limitare i danni alla cornea.

Le congiuntiviti allergiche o papillari rappresentano le forme più frequenti e fastidiose, ma clinicamente meno pericolose. Si associano a papille (microscopiche rilevatezze) della congiuntiva causando una fastidiosa sensazione di corpo estraneo, prurito e fastidio alla luce (fotofobia). La terapia è costituita da colliri antiistaminici locali. Nelle forme più aggressive si può associare un collirio cortisonico.

Precauzioni

Il contagio avviene sempre per contatto diretto per cui fare maggiore attenzione al lavaggio delle mani prima e dopo somministrazione della terapia e allo scambio di asciugamani e cuscini.

CONVULSIONI FEBBRILI

Le convulsioni febbrili sono dovute ad una predisposizione genetica; più di un terzo dei casi ha almeno un altro familiare con eventi simili.

Non se ne conosce esattamente il meccanismo scatenante; il rialzo della temperatura corporea è in grado di provocare crisi in modelli sperimentali.

Le convulsioni febbrili semplici sono crisi convulsive generalizzate che si possono verificare quando la temperatura corporea aumenta rapidamente, in bambini sani, senza infezioni del sistema nervoso e senza precedenti danni cerebrali, con un normale sviluppo psicomotorio.

Sono di breve durata, non superiore a 15 minuti, **e non si ripetono nelle 24 ore**. Interessano il 2-5% dei bambini sani, tra i 6 mesi e i 5 anni di vita. Il periodo di maggiore incidenza è tra 1 e 4 anni; dopo questa età tendono a scomparire spontaneamente.

Nel 70% dei casi non si verificano più recidive, mentre nel 30% dei casi è possibile la comparsa di una o più recidive, nell'arco di 24 ore o anche a distanza di mesi, ma sempre in presenza di febbre.

Non sono sempre associate ad aumento della temperatura corporea; talvolta la **febbre** non è presente al momento della convulsione, ma compare entro un'ora dalla fine della crisi.

Le manifestazioni possono essere varie:

- Compromissione dello stato di coscienza;
- Irrigidimento diffuso (toniche);
- Scosse delle braccia e delle gambe (cloniche);
- Le due manifestazioni precedenti in sequenza (tonico-cloniche);
- Rilassamento della muscolatura (ipotoniche);
- Solo fissità dello sguardo o rotazione degli occhi.

La crisi dura in genere 2-3 minuti ed è seguita da una fase di sonnolenza, periodo postcritico. In crisi il paziente può perdere l'urina.

Cosa fare in caso di crisi

È importante, appurata la convulsione, innanzitutto mantenere la calma. I genitori o chi si trova ad assistere dovrebbero:

- Allentare l'abbigliamento in particolare intorno al collo;
- Porre il bambino su di un fianco per evitare che inali saliva o vomito;
- Non forzare l'apertura della bocca;
- Osservare il tipo e la durata della crisi;
- Non dare farmaci o liquidi per via orale.

Terminata la crisi, si consiglia di mettersi in contatto con il proprio pediatra curante o altro sanitario.

Terapia

A tutti i bambini che hanno avuto una prima crisi, viene prescritto il Diazepam per uso rettale da tenere a casa e da usare solo in caso di nuovi episodi convulsivi di durata superiore ai 3 minuti, esistono in commercio dei clisteri già pronti per l'uso.

In caso di esperienza di crisi prolungata si può prescrivere in alternativa il Midazolam (BUCCOLAM) somministrabile per bocca.

In considerazione dell'azione sedativa di questi farmaci, dopo la somministrazione, il bambino sarà sonnolento. Ricordiamo che la maggior parte delle convulsioni febbrili semplici si esaurisce in 1-2 minuti e pertanto non richiede alcun trattamento. Spetta al pediatra di fiducia o quello di Pronto Soccorso, soprattutto in occasione della prima crisi, valutare il ricovero che, in particolare, deve essere preso in considerazione:

Le convulsioni non costituiscono una controindicazione all'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative. Le vaccinazioni, al contrario, prevengono alcune malattie (ad esempio il morbillo) che possono scatenarle.

In caso di primo episodio, attuare le indicazioni fornite al corso PBL, posizionare il bambino in posizione di sicurezza, attivare il 118 ed informare i genitori.

In caso di bambino conosciuto già affetto da tale condizione, dal pediatra verrà stilato un piano d'intervento personalizzato (PIP) e si seguiranno le indicazioni ivi riportate. (nel caso non sia indicato nel PIP, con TC > 37.5°C va somministrata la Tachipirina).

A scuola i genitori porteranno il farmaco prescritto per il controllo della crisi, come indicato nel piano terapeutico su indicato e s'impegheranno a controllarne le scadenze.

Relazione con meningite e/o epilessia

Non è vero che dalle convulsioni si può originare una meningite, ma è vero il contrario: in corso di **meningite** possono verificarsi convulsioni.

Il quadro clinico del bambino affetto da meningite è tuttavia **molto caratteristico** e il pediatra saprà pertanto valutare quando prendere in considerazione questa patologia.

Non è stata dimostrata una relazione causa-effetto tra convulsioni febbrili semplici ed epilessia. Il rischio di epilessia, nei bambini che hanno avuto convulsioni febbrili semplici, è valutato solo di poco superiore rispetto

alla popolazione generale.

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)
- chiamare il 118, specificando che si chiama da San Marino
- avvisare i genitori

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

- i genitori informano la Direzione scolastica e gli insegnanti sulla patologia del loro bambino;
- la famiglia e la direzione scolastica contatterà il direttore della Pediatria per redigere il P.I.P.

Di seguito il Documento Operativo dell'UOC Pediatria ISS "GESTIONE CONVULSIONI FEBBRILI"

REPUBBLICA DI SAN MARINO ISS ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	DOCUMENTO OPERATIVO	DOC-OP 2 PED Rev.0
Gestione Convulsioni Febrili		

CONVULSIONI FEBBRILI

Il 3-5% dei bambini di età compresa dai 6 mesi ai 5 anni può presentare in corso di febbre uno o più episodi convulsivi caratterizzati da perdita di coscienza, sguardo fisso o occhi rivolti all'indietro, colorito scuro intorno alle labbra, salivazione abbondante, scosse ai 4 arti determinate da una contrazione rapida ed involontaria dei muscoli (da non confondere con i TREMORI, frequenti in corso di febbre, ma non sono segno di convulsione) oppure rigidità muscolare.

Gli episodi sono in genere brevi, di 1-3 minuti circa e recedono spontaneamente lasciando un breve stato di sopore di 5-10 minuti. Queste convulsioni che vengono denominate "semplici" sono benigne e non lasciano nessun esito a distanza in termini di sviluppo neuro-psichico.

Le convulsioni febbrili semplici ***non sono prevedibili mediante l'uso di antipiretici*** perché nella maggioranza dei casi si verificano nella fase di ascesa della febbre e ***possono presentarsi anche a temperature non elevate***.

Il 30% dei bambini che hanno manifestato una prima crisi di febbre possono presentarne una seconda durante un successivo episodio febbrile e di questi il 50% può presentarne una terza.

Fattori predisponenti alla ricorrenza delle convulsioni febbrili sono:

- Età ≤ 12 mesi
- Familiarità positiva per convulsioni febbrili o epilessia
- Convulsioni febbrili "complesse" ovvero con scosse prevalenti da un lato del corpo o prolungate (oltre 15 minuti)

L'1% circa dei bambini con una storia di convulsioni febbrili può presentare nelle età successive crisi convulsive senza febbre ma il rischio è solo lievemente aumentato rispetto ai bambini senza storia di crisi febbrili (circa 0,5%).

Provvedimenti da prendere in caso di febbre

- liberare il corpo da eccessivi indumenti
- arieggiare la stanza
- idratare il bambino con soluzioni fresche
- somministrare Paracetamolo (**Tachipirina, Efferalgan**: 15 mg/kg/dose per Os oppure 20 mg/Kg/dose per via rettale, ripetibili ogni 6 ore. No all'associazione con Ibuprofene) secondo le indicazioni del pediatra.

COME COMPORTARSI IN CASO DI EPISODIO CONVULSIVO

1. MANTENERE LA CALMA, controllare l'orologio per documentare la durata dell'episodio, osservare il piccolo e verificare se le scosse interessano tutti gli arti o sono lateralizzate.
2. Mettere il bambino in posizione laterale con il collo lievemente iperesteso per impedire alla lingua di ostruire le vie aeree superiori. Non scuotere il bambino, non schiaffeggiarlo né tentar di aprirne la bocca: questa manovra non serve a lui e chi la effettua rischia di essere morso dal bimbo che può presentare trisma (contrattura dei muscoli della bocca).
3. Se la crisi dura più di 3/5 minuti somministrare clisma di **DIAZEPAM** alla dose di 0.5 mg/kg.

Dopo il primo episodio di convulsioni febbrili vi verrà prescritto dal medico **MICROPAM** in microclismi da 5 o 10 mg.

Gestione Convulsioni Febrili

MICROPAM: contiene il principio attivo diazepam che appartiene ad un gruppo di medicinali detti benzodiazepine. Questo medicinale è indicato:

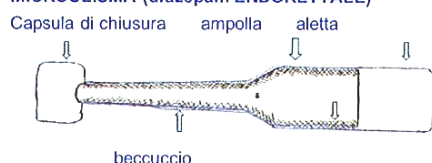
- come antiepilettico per il trattamento di convulsioni incluse le convulsioni febbrili nei bambini,
 - come sedativo prima di esami e trattamenti esplorativi
- Il farmaco può essere tenuto a temperatura ambiente.

MODO D'USO:

- Tenere il bimbo in posizione laterale di sicurezza, scoprire i genitali.
- Rimuovere la busta di alluminio del Micropam (una volta aperta la confezione, il medicinale deve essere somministrato immediatamente)
- Ruotare la capsula di chiusura dal contenitore monodose e ungere il beccuccio.
- Divaricare le natiche con pollice ed indice di una mano ed inserire il beccuccio nell'ano. Nei bambini di età inferiore a 3 anni è consigliato inserire il beccuccio fino a metà della lunghezza dello stesso, in quelli di età superiore a 3 anni inserire nell'ano il beccuccio per l'intera lunghezza.
- Importante: per vuotare il contenitore monodose, il beccuccio deve essere inclinato verso il basso rispetto all'ampolla del contenitore monodose.
- Quando il contenitore monodose è vuoto, ritirare il beccuccio continuando a far pressione sull'ampolla del contenitore monodose per evitare di aspirare la soluzione.
- Tenere il bambino nella stessa posizione e stringere i suoi glutei per alcuni minuti onde evitare l'uscita di liquido.

TRATTAMENTO CRISI CONVULSIVE

MICROCLISMA (diazepam ENDORETTALE)

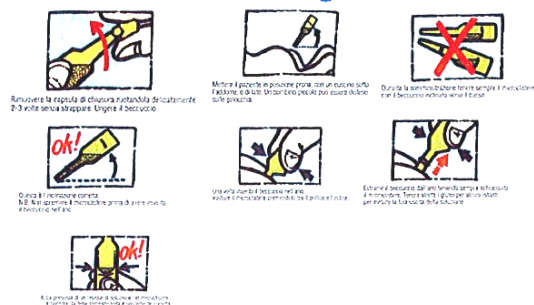


Va utilizzato, salvo diverse indicazioni, solo se la crisi convulsiva (fase tonica e/o fase clonica)

dopo 3 minuti è ancora in atto

CONSERVAZIONE :TEMPERATURA < 25 °

Posologia: 0,5 mg/Kg fino a massimo di 10 mg



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.

EPATITE A

L'epatite A è una malattia infettiva acuta del fegato causata dal virus dell'epatite A. Si trasmette attraverso l'ingestione di cibi o acqua contaminati da feci infette. Spesso nei bambini non provoca sintomi. Molti dei pazienti presentano pochi o nessun sintomo, soprattutto se in giovane età. Per chi li sviluppa, il tempo tra l'infezione e il manifestarsi dei sintomi è tra le due e le sei settimane, periodo di incubazione. I sintomi possono comprendere nausea, vomito, diarrea, colorito giallastro della pelle (ittero), febbre e dolore addominale. Dal 10% al 15% delle persone sperimentano una recidiva dei sintomi durante i sei mesi successivi all'infezione iniziale.

Può raramente verificarsi un'insufficienza epatica acuta, evento più comune negli anziani.

La malattia è più comune nelle regioni del mondo con condizioni igieniche inadeguate e con difficoltà nell'accedere a fonti d'acqua non contaminate. Nei Paesi in via di sviluppo il 90% circa dei bambini si infettano prima dei 10 anni e quindi risultano immuni in età adulta.

Il contagio è più frequente in autunno e nella fase iniziale dell'inverno. Nel corpo l'organo in cui si riproduce il virus è il fegato e il virus viene eliminato dal corpo attraverso le feci, con eliminazione massima nella fase più avanzata d'incubazione.

Il virus dell'epatite A (HAV) è un virus a RNA appartenente agli Hepatovirus, un genere della famiglia dei picornaviridae. Solitamente l'epatite A si diffonde per via oro-fecale, ossia mangiando o bevendo cibi o acqua contaminati da feci infette. Molluschi che non sono stati sufficientemente cotti, come le cozze, sono una fonte abbastanza comune. Il virus può anche essere diffuso attraverso il contatto con una persona contagiosa, ad esempio condividendo lo stesso bagno senza praticare la corretta igiene delle mani.

I bambini con infezione da HAV spesso non presentano sintomi ma possono infettare gli altri. Dopo aver contratto l'infezione, il soggetto acquisisce un'immunità per il resto della sua vita.

Come si manifesta

I sintomi di solito compaiono da 2 a 6 settimane dopo l'infezione iniziale, con una media di 28 giorni. I primi sintomi di epatite A possono essere scambiati per influenza, ma in alcuni malati, soprattutto nei bambini, l'infezione può anche non presentare alcun sintomo.

Il rischio d'infezione sintomatica è direttamente correlato all'età, con oltre l'80% degli adulti che sviluppano sintomi di epatite virale acuta e la maggior parte dei bambini con l'infezione (90%) che non presenta nessun sintomo (infezioni asintomatiche).

I sintomi dell'epatite A sono costituiti principalmente, nella fase che precede la comparsa di ittero, da:

- malessere,
- perdita di appetito,
- debolezza,
- nausea e vomito,
- dolore addominale
- febbre
- prurito

Nella fase itterica le urine sono scure e le feci chiare. A partire da 4-5 giorni prima della fase itterica si assiste a un'intensificazione della sintomatologia che invece migliora quando inizia la fase itterica. Nel bambino, spesso asintomatico, il sintomo principale è la diarrea. L'ittero, molto frequente negli adulti (70-80%), meno frequente nei bambini dai 6 ai 17 anni di età (40-50%) è invece raro (meno del 10% dei casi) nei bambini sotto i 6 anni. Quando compare, può durare per 4-8 settimane. L'epatite A non cronicizza mai, cioè non continua nel tempo.

Diagnosi

La diagnosi si basa sulla raccolta della storia dei sintomi e sulla visita. Nel bambino, che così spesso non presenta sintomi, può essere sospettata quando è stato a contatto con un adulto con Epatite A, ad esempio un familiare. La diagnosi viene confermata in laboratorio con la dimostrazione di specifici anticorpi IgM nel sangue. L'anticorpo IgM è presente solo durante un'infezione acuta da epatite A. È rilevabile da una a due settimane

dopo l'infezione iniziale e per un massimo di 14 settimane. La presenza di anticorpi IgG nel sangue significa che la fase acuta della malattia è stata superata e che la persona è immune da ulteriori infezioni da virus dell'epatite A. Gli anticorpi IgG dell'epatite A si trovano nel sangue anche dopo la vaccinazione e i test per l'immunità al virus sono basati sulla loro dimostrazione nel sangue.

Terapia

Non esiste un trattamento specifico per l'epatite A. Generalmente vengono consigliati il riposo, un'alimentazione ben equilibrata, povera di grassi e ricca in carboidrati, mantenendo una buona idratazione, assumendo quindi liquidi. A seconda delle necessità e dell'età del soggetto malato, può essere opportuna l'assunzione di farmaci contro la nausea e la diarrea sotto prescrizione medica.

Prevenzione

Per ridurre il rischio di infezione è fondamentale attenersi alle elementari norme igienico-sanitarie. Le misure di prevenzione consistono nel lavaggio accurato e frequente delle mani, nell'eliminazione dei liquidi e del cibo contaminato.

Soprattutto nei Paesi ad elevata endemia, dove la malattia diffusa e quindi considerati ad alto rischio (l'infezione è particolarmente diffusa in Africa, Asia, Paesi del Bacino del Mediterraneo, Medio Oriente, Centro e Sud America) carne e pesce – in particolare i molluschi – andrebbero consumati soltanto dopo cottura completa (bollitura per almeno 5-10 minuti). Va utilizzata soltanto acqua imbottigliata e stappata in prima persona, sia per bere che per lavarsi i denti. Spazzolini, bicchieri, posate e asciugamani non vanno mai condivisi.

Il vaccino anti-epatite A è efficace per la prevenzione. In aree dove l'infezione è endemica viene raccomandato di routine per i bambini e per gli individui a più alto rischio che non sono stati precedentemente vaccinati.

Inoltre in previsione di viaggi in aree ad alto rischio è consigliato ricorrere alla vaccinazione anti-epatite A che può venir eseguita in qualunque momento in previsione del viaggio, entro le 4 settimane prima della partenza.

Il vaccino infatti comincia ad essere efficace all'incirca 4 settimane dopo la prima vaccinazione mentre le immunoglobuline sono subito efficaci anche se conferiscono protezione per non più di 3 mesi.

Una seconda dose di richiamo del vaccino è prevista dopo 6-12 mesi dalla prima e conferisce una copertura di circa 8 anni (ma, secondo diversi studi, garantirebbe invece una copertura a vita). Esiste anche il vaccino combinato HAV-HBV che, dopo la prima dose, viene nuovamente somministrato dopo 3 e dopo 6 mesi.

Il vaccino è inoltre particolarmente raccomandato per i bambini immunocompromessi, con malattie croniche di fegato o con altre malattie croniche. Questi bambini vanno anche trattati all'incirca 2 settimane prima della partenza con immunoglobuline umane normali per via intramuscolare, se necessario somministrando contemporaneamente il vaccino anti-Epatite A.

È possibile anche la vaccinazione e la somministrazione di immunoglobuline umane normali per via intramuscolare post-esposizione in caso di parente o convivente con epatite A o in caso di bambini di scuole materne in cui sono stati identificati casi di epatite A.

Prognosi

I pazienti che non hanno altre malattie che si ammalano di epatite A guariscono generalmente senza conseguenze per la salute; la mortalità per epatite A è in genere dello 0,1 - 0,5%, ma aumenta nelle persone anziane o in non buone condizioni di salute. I bambini infettati con epatite A in genere hanno una forma più leggera della malattia, di solito della durata di 1-3 settimane e guariscono completamente, senza danni al fegato.

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.

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

FEBBRE

La febbre è una reazione normale del nostro corpo per difendersi dai microbi. La temperatura si alza per combattere gli "invasori". Parliamo di febbre quando la temperatura rettale raggiunge o supera i 38°C e quella ascellare i 37.5°C

La sua comparsa è normale, soprattutto nelle infezioni virali come l'influenza ad esempio.

Se il bambino ha meno di 6 mesi, ha una malattia cronica, ha vomito, diarrea, convulsioni o forte mal di testa, oppure la sua febbre supera i 40°C, è meglio portarlo subito dal pediatra!

Per dare sollievo al bambino con febbre si possono somministrare antipiretici come il paracetamolo orale (o rettale) o l'ibuprofene.

La febbre è definita come un **incremento della temperatura corporea centrale** al di sopra dei limiti di normalità. Tali limiti possono presentare variabilità individuali e si modificano con il trascorrere delle ore. Inoltre, la misurazione della temperatura centrale (idealmente la temperatura del sangue nell'area dell'ipotalamo, un'area del cervello) non è effettuabile di routine.

È stato pertanto deciso di utilizzare la definizione pratica fornita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità; **la temperatura centrale è normale se compresa fra 36,5 e 37,5°C.**

Proprio a causa di questa variabilità della temperatura centrale non esiste un singolo valore per definire la febbre.

Tuttavia sono generalmente accettati i seguenti valori:

Temperatura rettale $\geq 38^{\circ}\text{C}$;

Temperatura ascellare $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$.

La febbre è il **sintomo di una malattia** e non una malattia. Nonostante sia molto temuta, la febbre gioca un ruolo importante nella normale risposta di difesa dell'organismo dagli agenti infettivi.

Nel bambino inoltre, avvengono normali variazioni della temperatura corporea dal mattino alla sera con oscillazioni più ampie di quelle dell'adulto e con temperatura minime tra le 4 e le 8 del mattino e temperature massime tra le 16 e le 18.

Per iperpiressia si intende un aumento della temperatura corporea oltre i 39 °C.

Nella maggior parte dei casi la febbre è associata con una malattia infettiva: l'organismo mette in atto, nei confronti di virus e batteri, svariati meccanismi di difesa tra cui la febbre.

Come si misura la febbre

Per tutti i bambini, la misurazione a domicilio della febbre viene raccomandata con termometro elettronico in sede ascellare. Tuttavia vi sono alternative altrettanto valide.

La via di misurazione rettale della temperatura corporea non dovrebbe essere impiegata di routine nei bambini con meno di 5 anni – fatta eccezione per i bambini nei primi 6 mesi di vita - a causa della sua invasività e del disagio che comporta.

La misurazione orale, molto in uso in altri Paesi, può comportare il rischio di rottura del termometro.

La misurazione in altre sedi (auricolare, frontale, inguinale) non presenta la stessa attendibilità.

Cura

L'attenzione del genitore deve essere rivolta a **ridurre lo stato di malessere del bambino**. Gli antipiretici possono essere quindi somministrati se il bambino in corso di febbre manifesta uno stato di malessere. L'assunzione degli antipiretici non modifica il normale decorso della malattia né previene le convulsioni febbrili. I principali antipiretici sono il paracetamolo e l'**ibuprofene**. Entrambi i farmaci possono dare, se usati in modo inappropriato, effetti tossici acuti da sovradosaggio.

La **via di somministrazione preferibile è quella orale**; la somministrazione per via rettale, da preferirsi solo in caso di vomito o qualunque condizione che impedisca l'assunzione orale, comporta un assorbimento irregolare (espulsione supposta, presenza di feci in ampolla rettale); inoltre la supposta non deve mai essere divisa perché il farmaco non è distribuito in modo omogeneo.

La dose da somministrare al bambino dipende sempre dal peso corporeo. **Contattare il pediatra per la somministrazione di una dose adeguata di antipiretico.**

Quando consultare il Pediatra

La prima importante valutazione deve essere eseguita dal genitore che, conoscendo bene il proprio bambino, è in grado di riconoscere possibili "segni di allarme". Ci sono tuttavia alcune condizioni che rendono indispensabile la consulenza pediatrica:

- Età inferiore ai 6 mesi;
- Aspetto sofferente, sonnolenza, irritabilità, pianto flebile, disidratazione;
- Cefalea intensa, rigidità nucale;
- Temperatura oltre i 40°C;
- Difficoltà respiratoria;
- Convulsioni;
- Bambino affetto da malattia cronica (cardiopatie, diabete, deficit immunitari, etc.);
- Associazione con altri sintomi (vomito, diarrea, eruzione cutanea, etc.);
- Febbre che persiste oltre le 48 ore.

IMPETIGINE

L'impetigine è un'infezione batterica della pelle, frequente nei bambini al di sotto dei 10 anni, più comunemente osservata durante la stagione estiva. Costituisce la forma più superficiale delle piodermiti, infezioni batteriche della pelle.

È causata da streptococchi, stafilococchi o da ambedue i microrganismi. Le infezioni batteriche della cute sono frequenti in età pediatrica. Possono colpire qualunque bambino e non indicano poca igiene né, necessariamente, difetti immunitari gravi.

I fattori che predispongono a questo tipo di infezione sono molteplici:

Macerazione della cute (umidità);

Ferite, infiammazione;

Alterazioni della normale flora cutanea;

Alterazioni dello stato generale (atopia, compromissione delle difese immunitarie, etc.).

Clinica

Le lesioni **possono colpire tutto il corpo**, ma interessano generalmente le zone scoperte, specialmente il viso, il collo, le mani, le braccia e le gambe.

Si tratta di elementi **vescicolosi o bollosi che contengono siero**, circondati da un alone rosso, eritematoso. La bolla si rompe con facilità eliminando un liquido trasparente o giallognolo che porta alla formazione di una crosta dello stesso colore. Alcuni elementi presentano una guarigione al centro e una diffusione dal centro verso l'esterno assumendo un aspetto anulare, circinato cioè a forma di cerchio. A volte il bambino ha prurito e raramente si osserva una compromissione delle condizioni generali di salute, febbre, malessere o altro.

In base all'aspetto si distinguono due forme: **bollosa** e **crostosa**. Invece, in considerazione della modalità di inizio, si distinguono altre due forme: la prima **su cute sana**, mentre la seconda consiste in una **infezione (impetiginizzazione) di una lesione già esistente** tipo puntura di insetto o altro.

L'impetigine è contagiosa. Il contagio è favorito dalla promiscuità. L'infezione si diffonde rapidamente mediante l'autoinoculazione con le dita o gli asciugamani causando la diffusione delle lesioni in aree vicine o a distanza. L'evoluzione è benigna se viene trattata immediatamente e adeguatamente lasciando delle discromie (macchie più chiare o più scure) che generalmente ritornano normali. La malattia può ritornare senza suggerire per questo un indebolimento delle difese immunitarie.

Complicanze

Si possono osservare complicanze locali o generali (sistemiche) **solo se non viene adeguatamente trattata**, specialmente **nei bambini immunocompromessi**. In caso di complicanze locali, si può avere un ispessimento delle croste, una diffusione delle lesioni sulla cute e estensione in profondità con infezioni più profonde tipo fascite, gangrena o altre.

Le complicanze generali sono invece più rare e consistono nella possibile comparsa di glomerulonefrite, di shock tossico o di epidermolisi stafilococcica tossica.

Diagnosi

La diagnosi è semplice ed essenzialmente si basa sui sintomi.

Terapia

Il trattamento dell'impetigine deve essere immediato, adeguato e protratto per contenere la diffusione della malattia nella comunità (fratelli, coetanei...) e per prevenire le possibili complicanze. Consiste principalmente nell'uso di una terapia locale a base di disinfettante ed antibiotico sulle lesioni. È inoltre importante escludere la presenza di una malattia già esistente che va trattata successivamente alla guarigione dell'impetigine.

Nelle forme estese e nei bambini immunocompromessi o che vivono in comunità è necessario associare al trattamento locale un antibiotico per bocca o per iniezioni.

Consigli pratici:

- lavare accuratamente la cute del bambino prima di effettuare la medicazione;
- cambiare il telo con cui si asciugano le lesioni lavandolo normalmente con gli altri panni;
- tagliare regolarmente le unghie del bambino;
- educare il piccolo a non rimuovere le croste;
- effettuare il trattamento in maniera costante come indicato dal medico;
- non eccedere nella quantità di pomata o crema da applicare;
- rimuovere delicatamente e gradualmente le croste;
- bendare le lesioni laddove è possibile onde evitare la diffusione dell'infezione e ridurre il contagio;
- non pensare che la terapia generale sostituisca o sia più efficace di quella locale.

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.

MENINGITE

La meningite è una malattia infettiva acuta, caratterizzata dall'infiammazione della guaina che riveste il cervello e il midollo spinale: le meningi. In Italia, negli ultimi anni, vengono segnalate circa 1.000 meningiti batteriche l'anno in tutta la popolazione. La fascia di età più colpita è quella pediatrica e in particolare i bambini sotto l'anno di età.

Le meningiti possono essere causate da batteri, virus, funghi e parassiti. Quelle più gravi e pericolose sono le meningiti batteriche, che possono determinare la morte del paziente o avere esiti gravemente invalidanti.

Tutti possono ammalarsi di meningite, ma i più colpiti sono i bambini, in particolare se molto piccoli. A rischio sono anche gli anziani, chi soffre di problemi immunitari e chi è affetto da altre malattie croniche.

Nel neonato (entro 28 giorni di età) i germi che causano la meningite batterica sono:

- Lo *Streptococco* di gruppo B;
- L'*Escherichia coli*;
- La *Listeria monocytogenes*.
- In tutte le altre età, tre sono le famiglie di batteri responsabili della quasi totalità dei casi:
- Lo *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococco);
- La *Neisseria meningitidis* (Meningococco);
- L'*Haemophilus influenzae* di tipo B (Emofilo).

Come avviene il contagio

La meningite è una malattia particolarmente contagiosa. L'infezione può trasmettersi attraverso goccioline di saliva – parlando, tossendo, starnutendo – se ci si trova a stretto contatto (entro 1 metro di distanza) con un malato o con un portatore sano (una persona che ha il germe nel cavo orale senza che questo causi la malattia).

Sintomi

I sintomi con cui la meningite può presentarsi sono numerosi e tra questi i più frequenti sono:

- Febbre alta;
- Dolore al collo o rigidità del collo;
- Mal di testa;
- Vomito;
- Sonnolenza;
- Convulsioni;
- Fontanella anteriore rigonfia nei lattanti.

Nei lattanti e nei bambini piccoli, la meningite può manifestarsi, soprattutto nelle fasi iniziali, con sintomi più sfumati come inappetenza, irritabilità e febbre.

La meningite si sviluppa spesso in maniera assai rapida e con effetti devastanti: un bambino con sintomi sospetti di meningite deve essere visitato al più presto da un medico che, qualora confermi il sospetto, invierà il paziente al Pronto Soccorso pediatrico più vicino.

Diagnosi

La storia clinica del paziente e la visita medica spesso indirizzano verso la diagnosi, che deve essere confermata con **esami del sangue**, ma in particolare con l'**esame del liquido cefalorachidiano** (il liquor) che viene prelevato attraverso la puntura lombare.

Questo liquido, presente intorno al cervello e alle meningi, viene prelevato tramite un ago infilato nella parte bassa della schiena, attraverso gli spazi della colonna vertebrale.

Nonostante gli importanti progressi della medicina, delle terapie di rianimazione e di terapia intensiva, ancora oggi il 10-15% dei pazienti colpiti da meningite muore, mentre il 20-30% ha conseguenze gravi e invalidanti (amputazioni, danni cerebrali, sordità, epilessia, paralisi, ritardo neuropsicomotorio). Ecco perché è così **importante la prevenzione** dell'infezione della meningite batterica con le vaccinazioni.

Contatto

In caso di contatto stretto e prolungato con una persona che ha la meningite batterica, deve essere praticato un **trattamento antibiotico di prevenzione**, su prescrizione medica specifica per il tipo di germe responsabile.

Purtroppo, le meningiti sono malattie molto gravi e anche quando la diagnosi viene fatta tempestivamente e la terapia antibiotica praticata subito e in maniera adeguata, **la possibilità di guarire senza danni permanenti è**

inferiore al 50% dei casi. Tanto più precoce è il trattamento, tanto maggiori sono le probabilità che il trattamento abbia successo e che la malattia guarisca senza conseguenze.

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.

Prevenzione

Il vaccino contro la meningite rappresenta l'unico modo al momento disponibile per prevenirla. Esistono vaccinazioni per ciascuna famiglia dei principali batteri responsabili:

Contro l'*Haemophilus Influentiae* di tipo B il vaccino è compreso nel vaccino esavalente la cui prima dose viene somministrata già a partire dal 61° giorno di vita (terzo mese);

Contro lo *Pneumococco* è disponibile un vaccino che protegge da 13 differenti ceppi di *Pneumococco* (anche questo praticabile dai primi mesi di vita);

Contro il *Meningococco* esistono diversi vaccini. Un vaccino contro il *Meningococco C*, uno contro il *Meningococco B* e un vaccino in grado di proteggere da 4 diversi ceppi (A, C, Y, W 135).

Parlando con il proprio pediatra e/o medico di fiducia, è possibile stabilire la migliore modalità per proteggere il proprio bambino, in base alla sua età.

Tutti i vaccini contro la meningite sono sicuri e sono stati praticati in milioni di dosi senza problemi.

Come detto, i vaccini rappresentano al momento l'unica possibilità per prevenire queste gravissime malattie. Ancora oggi l'80% delle meningiti è dovuta a germi per i quali sono disponibili vaccini. Questo significa che 800 dei 1.000 casi di meningite presenti in Italia potrebbero essere evitati.

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.

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.

OSSIURIASI (vermi)

L'ossiuriasi è una infezione parassitaria intestinale **molto comune in età pediatrica, sia in età prescolare che scolare**. L'agente infettivo si chiama *Enterobius vermicularis*, comunemente denominato **ossiuro**, un verme di colore bianco che ha come sede abituale l'intestino.

Trasmissione

Le uova sono prodotte dalla femmina che può deporre fino a 10.000 uova depositandole nella zona perianale (intorno all'ano) per poi morire. Le larve possono risalire verso il colon oppure, per lo sfregamento legato al prurito, possono essere ingerite e schiudersi nell'intestino.

L'infezione da ossiuri si trasmette per via oro-fecale. Anche gli adulti possono essere infettati, basta condividere asciugamani, toccare le lenzuola, utilizzare gli stessi sanitari del paziente infetto. Inoltre le uova possono rimanere vitali fino a 3 settimane, resistono alle basse temperature mentre non tollerano le alte temperature.

Sintomi

Il sintomo più comune è il prurito che aumenta durante la notte e viene avvertito in zona perianale. A volte è talmente intenso che si possono creare lesioni da grattamento con possibili sovra-infezioni batteriche. L'infestazione da ossiuri si accompagna spesso a disturbi intestinali di varia natura:

- Produzione eccessiva di gas (meteorismo)
- Feci poco formate o diarrea franca
- Enuresi (rilascio involontario di urina)
- Dolori addominali ricorrenti
- Agitazione
- Irritabilità.

Nelle bambine le larve di ossiuri possono raggiungere la vagina e annidarsi tra le piccole e le grandi labbra provocando, oltre all'intenso prurito, anche una secrezione biancastra (leucorrea).

Diagnosi

Quando si ha il sospetto di un'infezione da ossiuri è bene **ispezionare accuratamente la zona anale e perianale, se possibile nelle prime ore del mattino** per cercare le femmine degli ossiuri che appaiono come piccoli e mobili filamenti biancastri. Le femmine degli ossiuri si possono vedere anche sulle feci del bimbo o sulla biancheria intima.

Per la conferma diagnostica si può eseguire lo **scotch-test** che si effettua posizionando un nastro adesivo trasparente sull'ano non appena il bambino si sveglia. Infatti durante le ore notturne gli ossiuri migrano verso l'ano dove depongono le uova.

Non appena staccato dall'ano, l'adesivo va applicato a un vetrino da laboratorio che va subito riposto in un sacchetto di plastica fornito di chiusura sigillante. Sia i vetrini che il sacchetto vengono forniti dal laboratorio di analisi. Di norma **la procedura va ripetuta per 3 volte, in 3 giorni separati**.

Portati in laboratorio, i vetrini verranno osservati al microscopio per verificare la presenza di uova e/o di ossiuri.

Prevenzione

La prevenzione della infezione da ossiuri prevede:

Un accurato lavaggio delle mani prima e dopo il contatto con il paziente;

Lavaggio ad alte temperature (almeno a 60°C) di biancheria intima, lenzuola pigiami, asciugamani e copridivani, separatamente da altri indumenti;

Lavaggio accurato dei servizi igienici, sanitari, stoviglie giocattoli e sabbionaie, banchi e tavoli da cucina;

Far indossare al bimbo mutandine e pigiami attillati per limitare il grattamento della zona anale e vulvo-vaginale;

Preferire la doccia giornaliera, anziché il bagno, per rimuovere efficacemente le uova deposte durante la notte.

Terapia

I farmaci utilizzati per la cura dell'ossiuriasi sono in grado di eliminare i parassiti nella loro forma vitale ma non le uova. Per questo motivo è **necessario somministrare due dosi**, la prima appena fatta la diagnosi e la seconda dopo due settimane per eliminare i vermi nati dalle uova rimaste nella zona anale.

Nonostante il trattamento adeguato, è possibile che l'infezione si ripeta soprattutto se la seconda dose non viene somministrata o viene somministrata in ritardo, oppure quando il contagio avviene nella vita di gruppo (famiglia, scuola o comunità in generale), o quando un componente del gruppo non abbia eseguito la terapia in contemporanea con il soggetto infetto. Per questo motivo si raccomanda di osservare scrupolosamente le misure di prevenzione.

Inoltre, quando un bimbo risulta affetto è necessario **estendere il trattamento a tutti i componenti della comunità frequentata e della famiglia** (fratelli, genitori, nonni e babysitter) anche se asintomatici. Una singola dose di uno dei seguenti farmaci, ripetuta dopo 2 settimane, è efficace per eliminare gli ossiuri (ma non le uova) nel 90% circa. Casi: **Mebendazolo, Albendazolo, Pyrantel pamoato**.

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 Cure Primarie o 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.

PIDOCCHI-PEDICULOSI DEL CAPO (in allegato DOC-Op 16 PED "Pidocchi pediculosi del capo")

Si diffondono per contatto personale in ambienti comunitari come gli asili nido e le scuole. Il bambino avverte prurito al cuoio capelluto accompagnato da dermatite irritativa e da lesioni da grattamento.

Si trovano principalmente nei bambini che frequentano la collettività, con maggior incidenza tra quelli di età compresa tra i 3 e gli 11 anni

Il pidocchio del capo è **un piccolo insetto che vive e si riproduce solo sulla testa dell'uomo dove depone le uova** (lendini); la saliva dei pidocchi è irritante e per questo motivo il paziente affetto lamenta intenso prurito, prevalentemente alla nuca e dietro le orecchie.

La femmina di pidocchio depone centinaia di lendini che si schiudono in 7-8 giorni dando alla luce le ninfe che diventano pidocchi adulti nel giro di due settimane.

È raro riuscire a scorgere i pidocchi che sono in grado di assumere il colore della capigliatura e si muovono molto rapidamente, mentre le uova, più numerose, si individuano facilmente: hanno colorito bianco grigiastro, forma ovale e sono saldamente attaccate al capello (contrariamente alle piccole squame di forfora).

I pidocchi non volano e non saltano. **Si diffondono per contatto personale o condividendo vestiti e oggetti personali.** Possono passare "da una testa a un'altra" per contatto diretto oppure con un pettine, un berretto, una sciarpa. Lontano dal capo sopravvive poche ore (48-72) sia per la mancanza di nutrimento, sia per le sfavorevoli condizioni ambientali

Diagnosi

La diagnosi si effettua attraverso la visione diretta delle lendini. Questo rende l'identificazione della pediculosi più facile.

Quando cercare

- 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 togliere le lendini

- Metti la testa sotto una buona luce (una lente di ingrandimento può essere utile)
- 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.

Trattamento

Il trattamento per rimuovere i pidocchi dal capo utilizza varie sostanze attive contro i pidocchi:

- Il Malathion (AFTIR GEL), efficace sia contro i pidocchi sia contro le lendini, in forma di gel allo 0,5% va applicato ai capelli e ai peli asciutti e alla pelle sottostante, evitando il contatto con occhi e mucose delle labbra e va lasciato per 15 minuti prima del lavaggio con shampoo o sapone. Talvolta il trattamento va ripetuto dopo una settimana. Non va utilizzato nei bambini di età inferiore ai 2 anni;
- Il **Dimeticone**, olio vegetale in forma di crema o spray cutaneo, particolarmente indicato per la presenza di pidocchi sul capo, può essere utilizzato anche nelle prime età della vita e va applicato al cuoio

capelluto e ai capelli per tutta la loro lunghezza e lasciato agire a lungo;

- La **Permetrina (NIX emulsione 1%)**, ad esempio come preparazione idonea per la cute all'1%, uccide sia i pidocchi sia le lendini. È controindicata al di sotto dei 6 mesi di età. In genere è sufficiente un'applicazione della durata di 15 minuti in tutti i tipi di infestazione da pidocchi. Le lendini sono resistenti alla Permetrina ed è quindi necessaria una seconda applicazione a distanza di una decina di giorni dalla prima in modo da permettere alle lendini di schiudersi. Va tenuto presente che sono ormai stati riportati non pochi casi di resistenza dei pidocchi alla Permetrina;
- Le **lendini** vanno comunque **rimosse** dai capelli con un pettine a maglie fini;
- **Non è necessario tagliare i capelli.** È sufficiente lavare accuratamente i capelli con lo shampoo medicato e poi usare il pettine fitto per rimuovere le lendini;
- **Evitare rimedi "fai da te"** o naturistici con olio d'oliva, aceto o maionese: non sono efficaci;
- I bambini possono tornare a scuola o all'asilo nido, il giorno successivo al primo trattamento: non sono più contagiosi.

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).

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?

Quando un membro della famiglia scopre di avere i pidocchi, tutti gli adulti e i bambini in casa, dovrebbero essere controllati per i pidocchi. È inoltre opportuno disinfestare l'ambiente, gli indumenti e gli oggetti che più facilmente possono trasmettere i pidocchi:

- Lavare vestiti, lenzuola e asciugamani in acqua calda (in lavatrice ad almeno 60°);
- Aspirare tappeti e mobili e arieggiare gli ambienti;
- Mettere le cose che non si possono lavare in un sacchetto di plastica sigillato per 2 settimane, i pettini e le spazzole vanno immersi in acqua bollente con detersivo per almeno un quarto d'ora;
- L'uso continuo e ripetuto di shampoo antiparassitari ha più rischi che vantaggi.
- 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 alcuni 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 lendini.

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.

PIDOCCHI:

LE MIGLIORI ARMI PER AFFRONTARLI

I SINTOMI

Prurito al cuoio capelluto
causato dalla saliva irritante
dei pidocchi

Dermatiti e lesioni
da grattamento

LA PREVENZIONE

(In caso di contagio a scuola o in famiglia)

Lavare vestiti, lenzuola
e asciugamani ad almeno 60°

Aspirare tappeti e mobili
e arieggiare gli ambienti

Immergere pettini e spazzole
in acqua bollente
per almeno 15 minuti

Non utilizzare per la prevenzione
lo shampoo antiparassitario!

N.B.: i bambini possono tornare a scuola
con il certificato medico anche il giorno successivo
al primo trattamento: non sono più contagiosi

IL CONTAGIO

- Tramite contatto diretto
e scambio di oggetti personali
- Non si prendono perchè i capelli
sono poco puliti!
- I pidocchi non saltano
da una testa all'altra!

IL TRATTAMENTO

- Gel, shampoo o creme
a base di **malatione**,
dimeticone
o **permetrina**
- Rimuovere pidocchi e uova
con pettini a maglie fini
- Olio d'oliva, aceto o maionese
non servono!
- Non serve tagliare
i capelli corti!

PERMETRINA
Non utilizzare
nei bambini
di età inferiore
ai 6 mesi

MALATIONE
Non utilizzare
nei bambini
di età inferiore
ai 2 anni

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



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



Agitare bene la bottiglia.



Lasciare agire
per almeno 10 minuti.



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



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.

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.

PERTOSSE

La pertosse è causata dal batterio *Bordetella pertussis*, che si manifesta soprattutto con tosse persistente e può avere un decorso molto grave nel neonato e nei bambini sotto l'anno di vita. Il contagio avviene attraverso le goccioline di saliva emesse con la tosse, gli starnuti o anche semplicemente parlando, dalla persona infetta. È una malattia molto contagiosa; infatti, un bambino con pertosse può contagiare fino al 90% dei bambini suscettibili (non vaccinati) con cui viene a contatto. Il periodo di incubazione è di circa 10 giorni.

Sintomi e complicanze

Il batterio della pertosse causa un' infiammazione delle vie respiratorie che può essere da molto lieve a estremamente grave, specie quando viene colpito un neonato.

La malattia inizia con una tosse lieve, accompagnata da qualche linea di febbre e abbondanti secrezioni nasali: è la fase catarrale, che dura da 1 a 2 settimane. Progressivamente compaiono accessi di tosse sempre più violenti, che si concludono spesso con un tipico "urlo inspiratorio" e talvolta apnea, cianosi (colorito bluastrò del volto) o vomito: è la fase convulsiva o parossistica, che può durare più di 2 mesi. I violenti colpi di tosse possono anche provocare delle emorragie congiuntivali, del naso e sub-durali (localizzate a livello dei foglietti che avvolgono il cervello). L'ultima fase (fase di convalescenza) è caratterizzata invece da un progressivo miglioramento dei sintomi e delle condizioni generali del paziente. Nei bambini piccoli e in particolare nel neonato, le complicanze più gravi sono costituite da otiti, polmoniti, bronchiti, emorragie congiuntivali, del naso e sub-durali (nel cervello), con conseguenti danni neurologici (crisi convulsive, encefaliti).

Diagnosi

La conferma della diagnosi si ottiene isolando la *Bordetella pertussis* dalle secrezioni naso-faringee. La malattia è caratterizzata da un'elevata mortalità (circa 2 decessi ogni 1000 casi), che riguarda quasi totalmente i bambini di età inferiore all'anno (la percentuale aumenta se la malattia è contratta nel primo mese di vita). La causa principale di morte è la polmonite.

Terapia

Consiste nell'utilizzo di antibiotici (azitromicina, claritromicina) nella fase iniziale catarrale poiché, in questa fase, eliminano la *bordetella* e possono migliorare il decorso della malattia. Dopo l'inizio della fase parossistica, gli antibiotici solitamente non hanno alcuna efficacia sul decorso della malattia ma sono raccomandati per limitare la diffusione dell'infezione.

Prevenzione

La prevenzione si basa sull'impiego del vaccino. Poiché il periodo di vita più pericoloso è quello dei primi mesi di vita, le attuali raccomandazioni suggeriscono di effettuare una dose di richiamo del vaccino durante il terzo mese di gravidanza, per stimolare la produzione di anticorpi specifici nella madre e indurre una conseguente protezione nel neonato, per il periodo che va dalla nascita alla prima vaccinazione.

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.

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.

ROTAVIRUS

Il rotavirus causa una delle più frequenti forme di gastroenterite nel lattante, e può dare grave disidratazione pericolosa per la vita.

La gastroenterite da rotavirus è una malattia diffusa in tutto il mondo. Il rotavirus è presente nell'ambiente in 6 diverse specie ed è **la causa più comune di gastroenterite virale fra i neonati e i bambini al di sotto dei 5 anni.**

In particolare, nei bambini molto piccoli (tra i 6 e i 24 mesi) il virus può causare una diarrea grave e disidratazione.

Il virus esiste in diverse forme, ma l'infezione è pericolosa solo quando provocata dai rotavirus A (e in misura minore da quelli B e C). L'**aver contratto il virus una volta non dà immunità sufficiente**, anche se le infezioni che si contraggono negli anni successivi e in età adulta tendono a presentarsi in forma più leggera.

Ogni anno, nel mondo, la gastroenterite da rotavirus causa circa mezzo milione di decessi sotto i 5 anni; di questi, l'80% circa si verificano nei Paesi in via di sviluppo. Negli Stati Uniti, ambiente assimilabile a quello italiano, le morti associate a rotavirus colpiscono soprattutto i bambini tra 4 e 23 mesi d'età.

Nel nostro Paese, il virus infetta soprattutto nel **periodo invernale**, tra novembre e marzo.

Come si trasmette

Il rotavirus si trasmette per **via oro-fecale**: viene cioè rilasciato in elevate quantità attraverso le feci e l'ingresso nell'organismo avviene attraverso l'ingestione di acqua o cibo contaminato.

L'eliminazione del virus in molti bambini può durare fino a dieci giorni (in alcuni casi fino a due mesi) **dopo la comparsa dell'infezione**.

Poiché il virus è stabilmente presente nell'ambiente, in qualche caso la diffusione può verificarsi da persona a persona tramite le mani o il contatto con superfici contaminate, specie in comunità affollate (come asili nido e case di riposo).

Diagnosi

La diagnosi viene effettuata ricercando antigeni specifici del rotavirus in campioni di feci prelevati dal paziente. Il ceppo coinvolto può essere ulteriormente caratterizzato tramite saggi immuno-enzimatici o molecolari, ma si tratta di analisi che non vengono effettuate comunemente.

Sintomi

Nei bambini piccoli, la gastroenterite da rotavirus può provocare una grave forma di diarrea associata a disidratazione che richiede il ricovero in ospedale. Una volta entrato nell'organismo, il virus impiega circa due giorni (incubazione) prima di dare sintomi: febbre lieve-moderata (37,9°C o più elevata), disturbi allo stomaco, vomito e diarrea acquosa.

La febbre e il vomito **compaiono per primi e in genere iniziano a diminuire a partire dal secondo giorno**; in seguito si presenta la **diarrea**, che **può prolungarsi per circa una settimana**.

Complessivamente, **la malattia dura in media 3-8 giorni**. Quando l'infezione si manifesta come una forma di diarrea blanda, la malattia guarisce da sola e senza conseguenze.

Diverso è il caso in cui **la diarrea causa grave disidratazione**: nei neonati, infatti, può progredire rapidamente ed essere fatale, senza un adeguato trattamento medico di supporto. Sono riportati casi in cui il virus può diffondere al di fuori dell'intestino (rene, fegato, sistema nervoso).

Cura

Se la malattia viene contratta, il pericolo maggiore è che si sviluppi una forma grave di diarrea con conseguente disidratazione, specialmente nei neonati o negli anziani. In questo caso, l'organismo perde quantità eccessive di acqua e di sali al punto che può diventare difficile sostituirli.

I segni della disidratazione sono:

- Ridotta produzione di urina;
- Sete eccessiva,
- Secchezza della bocca;
- Occhi infossati;
- Sonnolenza.

Di solito il trattamento consiste nella reidratazione per via orale per compensare le perdite di liquidi con apposite soluzioni che contengono acqua e sali in proporzioni opportune (soluzioni idro-saline).

Il ricovero in ospedale può rendersi necessario per la somministrazione di fluidi per via endovenosa quando l'assunzione dei liquidi per bocca risulta difficoltosa.

Prevenzione

Per prevenire la diffusione delle malattie diarroiche è fondamentale mantenere buone condizioni igieniche sia a casa sia negli asili nido e in tutti gli ambienti collettivi dove vivono persone a rischio, come gli anziani o gli immunodepressi.

SALMONELLOSI

La salmonella è il batterio più comunemente coinvolto in caso di **infezioni trasmesse con gli alimenti**. La salmonella è presente in natura con più di 2000 varianti (i cosiddetti sierotipi), ma i sierotipi più comuni nell'uomo sono la Salmonella enteritidis e la Salmonella typhimurium.

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.

Le infezioni provocate da salmonella vengono chiamate salmonellosi e si distinguono in:

- **Forme tifoidee**, causate dalla Salmonella typhi e dalla Salmonella paratyphi, responsabili della **febbre tifoide e della febbre paratifoide**), in cui l'uomo è l'unico serbatoio del microrganismo;
- **Forme non tifoidee**, causate dalle cosiddette salmonelle minori (come Salmonella typhimurium e la Salmonella enteritidis), responsabili di sintomi a prevalente presentazione gastrointestinale.

A differenza delle forme non tifoidee, le forme tifoidee sono malattie gravi che possono mettere in pericolo la vita. Le infezioni da Salmonella typhi e da Salmonella paratyphi sono ormai molto rare in Italia e si verificano soltanto nei viaggiatori che hanno soggiornato in paesi in via di sviluppo. India, Bangladesh e Pakistan sono stati in questi ultimi anni i paesi a maggior rischio.

Le salmonelle non tifoidee sono invece molto diffuse anche nei paesi industrializzati e sono responsabili di oltre il 50% del totale delle infezioni gastrointestinali: sono una delle cause più frequenti di tossinfezione alimentare nel mondo industrializzato.

Trasmissione

I principali serbatoi dell'infezione da salmonella sono rappresentati dagli animali e dai loro derivati (come carne, uova e latte consumati crudi o non pastorizzati) e dall'ambiente (acque non potabili).

L'infezione si trasmette per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di cibi o bevande contaminate oppure per contatto, attraverso la manipolazione di oggetti o piccoli animali in cui siano presenti le salmonelle.

Gli alimenti contaminati rappresentano uno dei veicoli più importanti di diffusione dell'infezione nell'uomo. In particolare, sono da considerarsi alimenti a rischio:

- Uova crude (o poco cotte) e derivati a base di uova;
- Latte crudo e derivati del latte crudo (compreso il latte in polvere);
- Carne e derivati (specialmente se poco cotti);
- Salse e condimenti per insalate;
- Preparati per dolci, creme;
- Gelato artigianale e commerciale;
- Frutta e verdura contaminate durante il taglio.

Veicoli dell'infezione sono anche superfici e strumenti e qualsiasi alimento manipolato da persone infette con scarsa attenzione all'igiene personale.

Come si manifesta

Le forme tifoidee (febbre tifoide e febbre paratifoide) si presentano con **febbre** elevata e debolezza, dolori di stomaco e di **pancia**, **diarrea** e perdita di appetito. I soggetti non trattati, possono continuare ad avere febbre per settimane o per mesi e possono andare incontro a complicanze come la perforazione intestinale o emorragie interne. Il 10% circa delle persone non curate muore a causa delle complicanze (forme estremamente rare).

Nelle forme non tifoidee i sintomi variano dai semplici disturbi del tratto gastrointestinale (febbre, dolore addominale, nausea, **vomito** e diarrea) fino a forme più gravi (batteriemie, setticemie o infezioni ad esempio delle ossa o delle meningi) che si presentano soprattutto in soggetti fragili, bambini e soggetti con deficit del sistema immunitario.

I sintomi della malattia possono comparire tra le 6 e le 72 ore dall'assunzione di alimenti contaminati e proseguono per 4-7 giorni.

Nella maggior parte dei casi la malattia ha un'evoluzione benigna e non richiede l'ospedalizzazione.

Le salmonellosi nel bambino possono causare anche lo stato di portatore cronico asintomatico.

La gravità della malattia è in relazione al sierotipo che ha causato l'infezione.

Diagnosi

La diagnosi di salmonellosi viene fatta con coprocultura (esame colturale delle feci con identificazione della salmonella) e, a distanza, con un esame del sangue per valutare livello di anticorpi presenti diretti contro la salmonella.

Terapia

Nella maggior parte dei casi, l'infezione da salmonella si presenta in forma lieve e guarisce da sola nel giro di

pochi giorni. In questi casi il consiglio è di non contrastare la diarrea, poiché è il naturale meccanismo di difesa usato dall'organismo per liberarsi dai germi.

Di norma per la salmonella è sufficiente fare una terapia di supporto, cioè assunzione di **liquidi reidratanti** (che servono per compensare l'acqua e i sali persi con il vomito e la diarrea), fermenti lattici e probiotici.

Nonostante la salmonella sia un'infezione batterica, il ricorso agli antibiotici viene sconsigliato poiché potrebbe allungare i tempi di permanenza delle salmonelle nelle feci o indurre resistenza.

L'ospedalizzazione e l'uso di antibiotici sono indicati solo nei casi gravi (con sintomi extra intestinali), nei neonati, nei lattanti al di sotto dei 3 mesi di età e in soggetti con malattie cronico-degenerative.

Consigli per i genitori

Importanti misure di prevenzione comprendono il rispetto di norme igieniche di base che possono risultare molto efficaci e si basano su semplici precauzioni di ordine igienico sanitario e comportamentale.

Non esiste al momento un vaccino per le salmonellosi da *Salmonella paratyphi* e da salmonelle minori a causa della grande varietà di salmonelle esistenti.

È disponibile soltanto un **vaccino contro la *Salmonella typhi***, da utilizzare in previsione di un viaggio in un paese a rischio; a seconda del tipo di vaccino utilizzato, può venir somministrato soltanto ai bambini che hanno più di 2 oppure più di 6 anni. Per la valutazione dell'opportunità di praticare il vaccino e per l'esecuzione della vaccinazione è bene rivolgersi a centri specialistici.

Quanto alle norme igieniche da rispettate dal punto di vista alimentare, va ricordato che i batteri della salmonella sono facilmente eliminabili attraverso una buona cottura. Nel mondo, si stima che il 50% delle epidemie di salmonellosi sia dovuto a uova contaminate, mentre la carne bovina e suina (consumata cruda o poco cotta) e i derivati del latte possono provocare, rispettivamente, il 15% e il 5% dei casi.

In linea generale, per diminuire il rischio di salmonellosi, si consiglia di:

- Lavarsi accuratamente le mani prima di toccare gli alimenti in preparazione, dopo essere venuti a contatto con animali e soprattutto con le loro feci;
- Non consumare carne, uova e pollame crudi o poco cotti;
- Prestare attenzione anche ai cibi che contengono salse o creme a base di uova crude (maionese, etc.);
- Non consumare uova con il guscio rotto o sporco;
- Mantenere a 4°C le uova e tutti gli alimenti freschi (maionese, creme e salse), consumandoli preferibilmente appena preparati, senza conservarli a lungo;
- Lavare accuratamente frutta e vegetali con acqua potabile 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 E FREQUENZA SCOLASTICA

Una malattia infettiva della pelle molto contagiosa, che causa un prurito intenso. Si risolve con l'adeguata terapia senza particolari complicanze.

La scabbia è una **malattia infettiva della pelle molto contagiosa**. Per questo, può essere facilmente trasmessa **da persona a persona** tramite il contatto fisico diretto: contatti prolungati tra pelle e pelle, pelle e mucose, o attraverso oggetti personali come le lenzuola e i vestiti.

Il fattore di rischio principale è il contatto diretto, come avviene specialmente all'interno della famiglia, ad esempio tra persone che condividono lo stesso letto, o in tutte le condizioni di affollamento come nelle scuole: centri di accoglienza, caserme, case di riposo.

L'incubazione dura circa 3-4 settimane.

Cause

La scabbia è causata dall'**acaro** *Sarcoptes scabiei* variante *hominis*, un acaro della pelle che sopravvive per poco tempo (massimo 1-2 giorni) al di fuori del suo ospite naturale: l'uomo.

L'acaro femmina, dopo essere stato fecondato sulla superficie cutanea, scava dei cunicoli nello strato più superficiale della pelle e vi depone le sue uova per un periodo di tempo di circa 21 giorni, che corrisponde al ciclo vitale del parassita.

Il **contagio avviene per contatto**. Il periodo d'incubazione è di circa tre settimane.

Poiché l'acaro è molto debole al di fuori del suo ospite umano, il contagio attraverso i vestiti o la biancheria è più difficile.

La scabbia è **diffusa in tutto il mondo** e può interessare persone di tutte le etnie e classi sociali.

Sintomi

Il principale sintomo della scabbia è il **prurito intenso che si manifesta prevalentemente di notte**, che inizialmente può essere localizzato tra le dita delle mani e ai glutei, per poi diffondersi.

Oltre al prurito, altri sintomi della scabbia sono le **alterazioni della pelle**. Si presentano come piccoli rilievi (papule), cunicoli, piccole raccolte di pus (pustole), noduli e lesioni da grattamento.

La lesione della pelle che si osserva soltanto nella scabbia è il **cunicolo**: una sottile lesione lineare rialzata, di colore rosso-brunastro, a decorso tortuoso, lunga qualche millimetro, che corrisponde al percorso scavato dall'acaro femmina nella cute per deporre le uova.

I cunicoli, che spesso si alternano a **lesioni papulo-eritematose** (piccoli rilievi solidi di pelle arrossata) e a lesioni da grattamento, si trovano soprattutto a livello degli spazi tra le dita delle mani e dei piedi, sulla superficie flessoria dei polsi e dei gomiti, in regione ascellare, glutea e genitale.

La **scabbia nel neonato** si presenta soprattutto con pustole al palmo delle mani e sulle piante dei piedi, talvolta con noduli sparsi sul tronco prevalentemente alle pieghe ascellari. I cunicoli raramente sono presenti nel neonato e si possono rilevare sul palmo delle mani e dei piedi, volto, cuoio capelluto e le pieghe dietro le orecchie.

Diagnosi

La diagnosi si fa attraverso una **visita accurata** e, nei casi dubbi, attraverso il dermatoscopio. Il dermatoscopio è uno strumento di cui oggi sono dotati tutti i dermatologi e consiste in una lente di ingrandimento che consente la visualizzazione del cunicolo.

La diagnosi è molto facilitata dall'**esame al microscopio del tessuto grattato in corrispondenza dei cunicoli** che mostra la presenza dell'acaro, delle uova e/o delle feci.

Il riscontro dei cunicoli insieme a prurito soprattutto notturno nonché, in alcuni casi, la coesistenza di tali sintomi in più persone all'interno dello stesso nucleo familiare, permette di fare la diagnosi di scabbia.

Tuttavia esistono condizioni cliniche atipiche che rendono la diagnosi più difficile e in tali casi l'esame microscopico risulta indispensabile.

Scabbia

**MALATTIE TROPICALI NEGLETTE**

CHE COS'È

- È una malattia infettiva della cute altamente contagiosa
- Si trasmette da persona a persona tramite il contatto fisico diretto
- Si diffonde a seguito di contatti prolungati o in situazioni di affollamento (es. in famiglia, a scuola, in caserme e centri di accoglienza)



Scabbia

**MALATTIE TROPICALI NEGLETTE**

I SINTOMI

I bambini manifestano:

- Prurito intenso
- Lesioni cutanee
 - papule
 - cunicoli
 - lesioni da grattamento

Le lesioni sono localizzate soprattutto su:

- mani
- piedi
- cuoio capelluto (nei neonati)
- pieghe dietro le orecchie (nei neonati)
- polso, gomiti e ascelle
- glutei e genitali





Trattamento

Il trattamento per la scabbia consiste nell'uso di specifiche **creme scabiacide** da applicare su tutto il corpo, secondo le indicazioni fornite dal medico e secondo cicli ben stabiliti.

In commercio esistono diversi prodotti per la terapia locale quali:

La permetrina al 5%, un galenico, in formulazione unguento, a base di zolfo e potassio carbonato;

Il Benzoato di Benzile al 10-20%.

La crema va applicata alla sera dopo un bagno caldo su tutta la superficie cutanea da dietro le orecchie fino alla punta dei piedi. È 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.

Anche **gli oggetti personali** (es. asciugamani, vestiti, lenzuola) **devono essere lavati con acqua calda o isolati** (es. in una borsa di plastica chiusa) per almeno 3 giorni.

Spesso viene consigliato di ripetere il lavaggio dell'ambiente a distanza di 7 giorni, per agire su possibili uova rimaste.

Per trattare gli ambienti è consigliabile l'uso di strumenti a getto di vapore o detergenti/disinfettanti.

I sintomi potrebbero durare per qualche giorno ancora o anche per qualche settimana dopo la cura ma ciò non significa necessariamente che gli acari stiano ancora infestando l'adulto o il bambino trattato.

Nella **forma nodulare**, possono rimanere dei noduli sempre più piatti e più brunastri per alcune settimane. Il trattamento deve essere svolto, a scopo di prevenzione, anche ai membri sani del nucleo familiare per ridurre il rischio di re-infezione.

Anche se asintomatici, si consiglia di eseguire il trattamento con Permetrina crema al 5% (Scabianil crema).

Prevenzione

La scabbia si previene mediante l'isolamento della persona malata e l'inizio immediato delle cure mediche. Qualora si fosse venuti a contatto con una persona malata, la prevenzione si può attuare adottando alcuni accorgimenti:

Effettuare il trattamento preventivo consigliato dal medico;

Sostituire la biancheria personale, le lenzuola, le federe e gli asciugamani;

Lavare la biancheria in lavatrice a temperatura superiore ai 60°C;

Porre in un sacco impermeabile tutto ciò che non è lavabile ad alte temperature (coperte, cuscini, capi in lana), lasciarlo chiuso per almeno 48 ore e poi esporlo all'aria. L'acaro non può sopravvivere a lungo lontano dalla pelle umana.

La riammissione a scuola o in altre comunità può avvenire solo dopo aver effettuato la terapia prescritta e dopo visita medica.

Prognosi

La prognosi è ottima, non ci sono particolari problemi o complicanze legate alla scabbia, sono però possibili e comuni infezioni da batteri dovute al grattamento. Inoltre, l'utilizzo inappropriato, in particolare l'abuso dei prodotti per il trattamento, possono avere effetti collaterali.

SCARLATTINA

La scarlattina è una malattia esantematica contagiosa, causata dallo **Streptococco Beta Emolitico di gruppo A (SBEGA)**, un batterio che produce una tossina detta tossina pirogenica. La tossina pirogenica, passa in circolo causando l'esantema e gli altri sintomi della malattia.

La scarlattina si trasmette **per via aerea con le goccioline di saliva** (tosse, starnuti ecc.) da un bambino malato o portatore (presenza senza sintomi) del germe che è di regola **a carico della faringe** (faringite streptococcica), molto più raramente della cute (**impetigine**).

Colpisce i bambini dopo il secondo anno di vita. Non compare mai prima del sesto mese di vita ed è molto rara fino ai due anni. È più frequente nei mesi invernali.

Sintomi

L'incubazione della scarlattina è breve (2-5 giorni). La comparsa è improvvisa con **febbre alta** spesso accompagnata da brividi, nausea, vomito e mal di testa. Dopo poche ore, compare l'esantema. L'esantema si manifesta inizialmente nella zona dell'inguine e delle ascelle per diffondersi poi rapidamente al tronco, alle braccia e alle gambe.

Al volto, l'**arrossamento delle guance** contrasta con il relativo **pallore del naso** e della zona intorno alla bocca. Faringe e tonsille sono spesso fortemente arrossate.

Le linfoghiandole del collo di solito sono tumefatte e dolenti. Dopo 24-48 ore la lingua assume l'aspetto della lingua a lampone: fortemente arrossata con papille gonfie.

L'esantema da scarlattina è caratterizzato dalla comparsa di **minuscole macchioline lievemente rilevate**, di un colorito rosso acceso, che tendono a confluire tra loro conferendo alla pelle un colorito uniformemente arrossato (rosso vivo).

L'esantema dura 3-4 giorni, poi impallidisce, la febbre scompare e subentra una **desquamazione della pelle** a lamelle, soprattutto ai palmi delle mani e dei piedi, che dura 10-20 giorni.

Complicanze

Se non adeguatamente curata, la scarlattina può causare precocemente un **quadro tossico generalizzato**, per via della tossina pirogenica, che può coinvolgere il cuore, i reni, il fegato e le articolazioni.

Come nelle più comuni infezioni da streptococco, si possono manifestare complicanze immunologiche tardive come la **malattia reumatica** e la **glomerulonefrite acuta post-infettiva**. Lo streptococco può anche causare ascessi tonsillari, otiti e sinusiti.

Diagnosi

La diagnosi della scarlattina è essenzialmente clinica. Gli esami di laboratorio dimostrano, come in tutte le infezioni batteriche, un aumento degli indici di flogosi (VES, PCR) e dei leucociti neutrofili.

Altri batteri come stafilococchi e Yersinia enterocolitica, alcuni antibiotici e un gran numero di infezioni virali (mononucleosi, infezioni da Adenovirus, Enterovirus e Cytomegalovirus) possono dare talvolta manifestazioni cliniche simili a quelle della scarlattina.

La diagnosi di scarlattina viene confermata dal ritrovamento del germe - lo SBEGA - nel **tampone faringeo** e dall'aumento degli anticorpi diretti contro lo streptococco (tipicamente il titolo anti-streptolisinico o **TAS**).

Terapia

La cura della scarlattina – essenziale anche per prevenire le possibili complicanze gravi - va seguita per 7-10 giorni a seconda delle Linee Guida internazionali e consiste nella somministrazione di **amoxicillina per bocca**. Il bambino può tornare a scuola anche dopo 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico, perché il batterio è molto sensibile agli antibiotici e muore subito.

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, scarpe). Il contagio può avvenire anche da animali infetti come cane, gatto, mucca.

Come si previene

Evitare di scambiare oggetti personali (pettini, berretti, scarpe, 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

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 chemioprophilassi antibiotica, per impedire la progressione dell'infezione.

Cosa non è necessario fare

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

VARICELLA

Questa malattia infettiva è tra le più diffuse. Ha una probabilità di contagio molto elevata e le sue caratteristiche bolle durano all'incirca 7-10 giorni

La varicella è causata dal virus varicella zoster (VZV) appartenente alla famiglia degli herpesvirus.

La trasmissione da persona a persona avviene per via aerea mediante le goccioline respiratorie diffuse nell'aria quando una persona infetta parla, tossisce o starnutisce, o tramite contatto diretto con una lesione cutanea da varicella o da Herpes zoster.

La contagiosità inizia da 1 o 2 giorni prima della comparsa dell'eruzione e può durare fino alla comparsa delle croste, cioè circa 5 giorni dall'inizio dell'eruzione. 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.

Sintomi

Dopo un'incubazione di circa 2 settimane (10-21 giorni), la malattia si manifesta con un esantema cutaneo (o rash), febbre non elevata e lievi sintomi generali come malessere e mal di testa.

Per 3-4 giorni piccole papule rosa pruriginose compaiono su testa, tronco, viso e arti e dopo poche ore si trasformano in vescicole a contenuto inizialmente chiaro, poi in pustole e infine in croste, destinate a cadere senza lasciare cicatrici. Tipicamente l'esantema è costituito da 250-500 lesioni.

La varicella nell'infanzia è in genere una malattia benigna che guarisce nel giro di 7-10 giorni. La malattia tende ad avere un decorso più aggressivo nell'adolescente e nell'adulto, e può essere particolarmente grave se colpisce persone immunodepresse (sottoposte a chemioterapia o in cura con cortisone ad alte dosi per asma o altre malattie).

Complicanze

- Una superinfezione batterica delle lesioni cutanee (5% dei casi);
- Una polmonite batterica (1%) o virale (da VZV, più in adulti e immunocompromessi);
- Un'encefalite o una atassia cerebellare;
- Una piastrinopenia;
- Un'artrite;
- Un'epatite, o una glomerulonefrite.

L'infezione produce un'immunità permanente in quasi tutte le persone immunologicamente sane: raramente una persona può sviluppare due volte questa malattia. Tuttavia, il virus non viene eliminato dall'organismo, ma rimane latente, in genere per tutta la vita.

Nel 10-20% dei casi il virus si risveglia a distanza di anni o di decenni dando luogo all'herpes zoster, noto comunemente come "fuoco di Sant'Antonio". Lesioni di tipo vescicolare riunite a grappolo si presentano in una zona ben delimitata e arrossata della cute, a volte accompagnate da dolore localizzato.

Se la varicella viene contratta da una donna nei primi cinque mesi di gravidanza può essere trasmessa al feto, causando una embriopatia (sindrome della varicella congenita). Se invece la madre si ammala di varicella da cinque giorni prima a due giorni dopo il parto, si può verificare una forma grave di varicella nel neonato, la cui mortalità può arrivare fino al 30%.

Diagnosi

La diagnosi viene posta dal medico sulla base dell'aspetto caratteristico delle lesioni, la comparsa a ondate successive, la presenza sul cuoio capelluto e solitamente non sono necessari esami di laboratorio per la conferma (isolamento del virus dal liquido vescicolare, esame di amplificazione genica o PCR, ricerca degli anticorpi anti VZV).

Terapia

Nel trattamento si utilizzano farmaci per il controllo della sintomatologia come antistaminici per il prurito e antipiretici per la febbre.

Nei bambini a rischio di sviluppare forme gravi di varicella si utilizza anche una terapia antivirale per via generale con **Aciclovir**, che, per essere efficace, deve essere iniziata precocemente (entro 24-48 ore dalla comparsa dell'esantema).

Prevenzione

La malattia si previene con la **vaccinazione** in Italia obbligatoria alla fine del primo anno di vita e all'inizio dell'età scolare, che viene di solito associata al **vaccino contro il morbillo, rosolia e parotite**.

Per evitare il contagio è opportuno un **isolamento** dei bambini malati per cinque/sette giorni dopo la comparsa delle prime vescicole o fino a quando tutte le vescicole si sono trasformate in croste.

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.

GESTIONE PROBLEMI SANITARI A SCUOLA

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. È 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.

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 (salvavita).

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 DELLE EMERGENZE

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**
- **Centro Antiveneni (CAV) di Milano 02 66101029**

CONCETTI GENERALI SUL PRIMO SOCCORSO

1 - PROTEGGERSI – PROTEGGERE

2 - AVVERTIRE

3 – SOCCORRERE

1- PROTEGGERSI - PROTEGGERE

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 sé 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. Il Covid-19 ci ha insegnato a utilizzarli.

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, polietilene e nitrile. I guanti indossati devono essere privi di difetti, e della giusta misura.

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

Successivamente occorre lavarsi accuratamente le mani.

2- AVVERTIRE

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.)

A COSA CORRISPONDONO I CODICI DI EMERGENZA:

CODICE ROSSO (PERICOLO)

- immediato pericolo di vita per interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali; ha precedenza assoluta

CODICE ARANCIONE (URGENZA)

- rischio di compromissione delle funzioni vitali, condizione con rischio evolutivo o dolore severo: da valutare entro 15 minuti

CODICE AZZURRO (URGENZA DIFFERIBILE)

- condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse; da valutare entro 60 minuti

CODICE VERDE (URGENZA MINORE)

- condizioni stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici monospecialistiche; da valutare in 120 minuti

CODICE BIANCO (NON URGENZA)

- problema non urgente o di minima rilevanza clinica; da valutare entro 240 minuti

È comunque possibile ed utile che tutti conoscano e sappiano:

Fare alcune cose semplici che sono poche

Molte sono le cose da non fare.

3- SOCCORRERE

Gli operatori scolastici sono tenuti a garantire un:

PRIMO SOCCORSO

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** che 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 in posizione di sicurezza.
- 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.

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

PATOLOGIA TRAUMATICA E URGENTE IN AMBIENTE SCOLASTICO

ALLERGIE E 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 o il Pediatra del bimbo, 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.

La Pediatria potrà fare PIP che prevedono farmaci salvavita, da utilizzare per le malattie acute stagionali (es: allergie nel periodo primaverile).

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 o non 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 soprappeso 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 a urinare e 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**.

Funzioni del personale scolastico

Il personale scolastico che si sia dichiarato disponibile, dopo essere stato formato dal Direttore dell'UOC Pediatria alla presentazione del PIP, effettua gli interventi assistenziali previsti nel PIP, in particolare:

1. Qualora il minore non abbia l'autonomia nella gestione della malattia per motivi legati all'età o a patologia garantisce la presa in carico assistenziale, durante tutto l'orario scolastico (lezioni e altre attività), del bambino affetto da diabete mellito tipo 1 in trattamento insulinico sia attraverso microinfusore sia in terapia multi- iniettiva.
2. Se il minore è autonomo nella gestione della terapia, compreso il calcolo dei carboidrati e della quantità di insulina (anche con la collaborazione esterna dei genitori) il personale scolastico esegue supervisione sull'operato dell'alunno, in particolare sull'esattezza dei calcoli eseguiti e delle unità di insulina programmate nel presidio erogatore.
3. Partecipa agli incontri di "formazione/informazione in situazione". Tali incontri devono avere come argomenti: informazioni di base sulla malattia diabete di tipo 1, quali sono i rischi (Ipoglicemia e iperglicemia) e gli accorgimenti per prevenirli, quali sono le procedure da attuare in caso di eventuale, seppur remota, emergenza, e quali sono le possibili influenze del diabete sulla quotidianità scolastica. A questi incontri deve partecipare TUTTO il personale scolastico, anche coloro che non hanno accettato di eseguire la somministrazione del farmaco perché comunque sono tenuti alla sorveglianza di tutti gli alunni, anche di coloro che hanno bisogni particolari.
4. Si adopera affinché l'alunno ed eventualmente i genitori possano partecipare a tutte le iniziative (uscite, giochi, feste scolastiche), collaborando con la famiglia per adottare le precauzioni del caso.
5. Consente al bambino con diabete di assumere spuntini per prevenire o trattare un'ipoglicemia, usare il bagno e bere acqua, quando necessario, assentarsi da scuola per i controlli sanitari, considerando l'eventuale assenza giustificata da una dichiarazione della famiglia, anche senza ulteriori certificazioni mediche.
6. In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza, somministra il Glucagone (iniezione intramuscolare/spray nasale) in dotazione alla scuola, secondo quanto prescritto nel PAI e allerta immediatamente il Servizio di Emergenza 118 e la famiglia.

Funzione del dirigente scolastico

Il Dirigente scolastico facilita la relazione e la collaborazione fattiva tra operatori scolastici, sanitari e genitori. Partecipa ai momenti di formazione/informazione organizzati per approfondire ed aggiornare la conoscenza del diabete, dando la massima importanza alla divulgazione del comportamento corretto da applicare in caso di ipoglicemia, secondo le indicazioni scritte fornite dal PIP e ne verifica la corretta applicazione:

- Di concerto con il Direttore dell'UOC Pediatria organizza l'incontro con le parti interessate, per concordare le modalità di attuazione del protocollo.
- Individua il personale scolastico che effettua la somministrazione dei farmaci, da formare negli incontri organizzati.
- Collabora alla definizione del Piano assistenziale individuale (PAI) per le parti di competenza e lo firma per accettazione. Individua l'ambiente più idoneo per la somministrazione del farmaco qualora il bambino/adolescente e/o la famiglia ne sentisse la necessità

Funzioni dei genitori

I genitori necessitano del supporto di tutti gli operatori coinvolti anche per la realizzazione del fisiologico "distacco" del bambino dalla famiglia che lo porterà all'autonomia terapeutica.

- Fanno richiesta al Dirigente Scolastico di somministrazione farmaci a scuola.
- Partecipano agli incontri di formazione/informazione del personale scolastico individuato dal Dirigente scolastico, in collaborazione e integrazione con il Direttore UOC Pediatria.
- Supportano il personale scolastico che si è reso disponibile alla somministrazione dell'insulina e ad eseguire il controllo glicemico durante le prime settimane di ritorno a scuola dopo l'esordio, o almeno fino alla acquisizione della autonomia da parte del personale scolastico
- Eseguono i controlli glicemici e/o l'iniezione di insulina a livello scolastico qualora la scuola non sia in condizione di farsene carico e i genitori siano nelle condizioni di poterlo fare.
- I genitori lasciano i loro recapiti telefonici e si rendono reperibili in qualsiasi momento della giornata.

- Al momento dei pasti (spuntino, pranzo, merenda) il personale scolastico che si è reso disponibile ad erogare l'insulina al bambino, contatta i genitori tramite "Whats App" per ricevere l'informazione scritta sulla quantità di insulina da erogare. La discrezionalità è del genitore e non del personale scolastico.
- Forniscono il materiale necessario al controllo del diabete e ne garantiscono quotidianamente la funzionalità.
- Forniscono gli alimenti per l'ipoglicemia.
- Consegnano a scuola il farmaco salvavita (Glucagone/Baqsimi) e si occupano di sostituirlo a scadenza, ritirarlo a fine anno scolastico e riportarlo all'inizio di quello successivo.

IPOGLICEMIA

Secondo l'American Diabetes Association si definisce ipoglicemia un valore di glicemia < 70 mg/dL. Non è solo il valore dell'ipoglicemia a determinarne la gravità, ma la sua durata: occorrono circa 1,5-2 ore di ipoglicemia non trattata per avere sintomi da ipoglicemia grave.

I sintomi dell'ipoglicemia sono: fame, cambiamento di umore (es. irritabilità), tremori, pallore, estremità fredde, sudorazione, debolezza fino allo svenimento. In caso di ipoglicemia nel corso di lezione e/o interrogazione e/o verifica il ragazzo/a non è in grado di prestare attenzione per almeno 30/45 minuti, pertanto è opportuno che eventuali interrogazioni o verifiche vengano rinviate ad altra giornata.

Come intervenire in caso di ipoglicemia:

1. somministrare zuccheri semplici in quantità di 0.3 g/kg (nell'adolescente e nell'adulto sono 15 gr)
2. Indicativamente nel bambino:

Peso (kg)	Zucchero (g)
<20	5 gr (1 bustina di zucchero OPPURE una caramella OPPURE 40 ml di succo)
20-35	10 gr (2 bustine OPPURE 2 caramelle OPPURE 80 ml di succo)
>35	15 gr (3 bustine di zucchero OPPURE 3 caramelle OPPURE 100 ml di succo di frutta)

3. Aspettare 15 minuti
4. Controllare la glicemia capillare*: se è ancora ≤ 70 mg/dL ripetere l'assunzione di zuccheri semplici (mediante questa quantità di zucchero semplice fa aumentare la glicemia di 30 mg/dL)
5. Riportata la glicemia > 70 mg/dL e risolti i sintomi dell'ipoglicemia occorre stabilizzare il valore glicemico raggiunto con i carboidrati complessi in quantità di 0.3 g/kg (nell'adolescente e nell'adulto sono 15 gr)
6. Indicativamente nel bambino:

Peso (kg)	Zucchero (g)
<20	5 gr (1 biscotto OPPURE un cracker OPPURE 1 fetta biscottata)
20-35	10 gr (2 biscotti OPPURE 2 crackers OPPURE 2 fette biscottate)
>35	15 gr (25-30 gr di pane OPPURE un frutto OPPURE 3-4 crackers OPPURE 2-3 fette biscottate)

*per chi utilizza i sensori o i FGM occorre considerare che la risalita della glicemia richiede circa 20-25 minuti per essere visibile sul lettore, pertanto in caso di ipoglicemia è opportuno controllare la glicemia capillare (puntura del dito) con il glucometro.

Come intervenire in caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza

In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza, il ragazzo va posizionato su un fianco in posizione di sicurezza onde evitare ab ingestis e il personale scolastico formato provvederà alla somministrazione del GLUCAGONE (Glucagen Hypokit da 0 a 4 anni, intramuscolo nella coscia o nel deltoide) e alla chiamata del 118 e dei genitori.

Glucagen Hypokit

La confezione di Glucagen Hypokit è costituita da un soluto (polvere contenuta in una boccetta di vetro) e da un solvente (liquido contenuto nella siringa). Per ricostituirlo occorre iniettare il solvente nella boccetta del soluto, agitare delicatamente per sciogliere tutta la polvere finché non diventa una soluzione limpida che deve essere riaspirata interamente nella siringa. Se il bambino/a pesa oltre 25 Kg la soluzione va iniettata tutta (1 ml) intramuscolo nella coscia o nel deltoide, se il bambino/a pesa meno di 25 Kg, dopo aver aspirato interamente la soluzione (1 ml), ne va spruzzata fuori la metà (0,5 ml) ed erogata intramuscolo la quantità rimasta (0,5 ml). Non è necessario spogliare il ragazzo/a, si può fare l'iniezione sopra i vestiti. All'interno della confezione, che è una scatola di plastica arancione, ci sono le istruzioni sopra riportate corredate da disegni esplicativi.

BAQSIMI

Il glucagone spray nasale lo si può utilizzare dal compimento dei 4 aa di età in avanti.

Si può utilizzare anche in caso di mucosa nasale congestionata o in caso di terapia con decongestionanti

Si conserva a temperatura ambiente per 2 anni

- occorre togliere la pellicola di plastica tirando la striscia rossa
- aprire il coperchio ed estrarre il contenitore monodose dal contenitore cilindrico
- tenere il contenitore monodose tra le dita ed il pollice
- inserire delicatamente l'estremità del dispositivo in una delle narici fino a quando il dito non tocca la parte esterna del naso
- premere il pistone fino in fondo con il pollice (la somministrazione della dose è completa quando la linea verde sul pistone non è più visibile).

DIABETE E SPORT

L'esercizio fisico è fondamentale.

All'inizio dello sport l'energia deriva dalle riserve di zucchero presenti nel muscolo, perciò serve poca insulina. Quando lo sport dura più di 30 minuti l'energia deriva da fegato e grasso per cui serve l'insulina per fare entrare lo zucchero dentro al muscolo, soprattutto a fine attività sportiva quando vengono ripristinate le scorte di zucchero nel muscolo.

Non fare attività sportiva nel picco di insulina (1,5 ore) per rischio di ipoglicemia se possibile, aspettare almeno 2-3 ore dalla somministrazione di insulina prima di fare attività sportiva; se non è possibile ridurre la dose di insulina di circa il 30-50%. Se invece lo sport viene svolto a distanza di più di 3 ore dal pasto non serve ridurre l'insulina di quel pasto. Non erogare insulina nei muscoli impiegati per l'attività sportiva (es. gambe) per rischio di ipoglicemia da elevato assorbimento.

È importante bere prima, durante e dopo l'attività sportiva acqua e sali minerali.

La dieta prima dello sport deve essere ricca di carboidrati sia semplici che complessi (es. ottimale consumare pasta lunga, tipo spaghetti, al dente) e povera di proteine.

Se attività sportiva protratta (> 1 ora), dopo circa 60 minuti dall'inizio dell'attività sportiva assumere 15-30 gr di carboidrati complessi.

Quando controllare la glicemia?

- 30-60 minuti prima dello sport
- A metà dell'attività fisica se la durata dello sport è più di un'ora
- A fine attività sportiva

Quali sono i valori di glicemia consigliati?

- Cominciare lo sport con glicemia ottimale tra 120 e 150
- Se la glicemia è tra 80 e 120: assumere ... gr di carboidrati complessi (es. ... frutto, ... biscotti, ... fette biscottate, ... crackers)
- Se ≤ 80 assumere gr di zuccheri semplici (es ... caramelle, ... bustine di zucchero, ...ml di succo,) e ... gr di zuccheri complessi
- Se la glicemia è compresa tra 150 e 200 non occorre nessun provvedimento Se >200 : correggere riportando la glicemia a 150.

La glicemia va ricontrollata a fine attività sportiva: se è < 100 occorre assumere ... gr di carboidrati complessi (es. ...frutto, n.... biscotti/fette biscottate, ... crackers); se è ≥ 100 non occorre fare nulla

Cosa mangiare dopo lo sport?

- Assumere sempre carboidrati complessi, preferibilmente pasta, e poche proteine. Ridurre l'insulina basale di circa il 15-30%.

Non è necessaria alcuna certificazione con specificazione della patologia per l'educazione fisica a scuola.

La certificazione è richiesta solo in caso di attività fisica agonistica

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.).

COME TRATTARE IPO E IPERGLICEMIA

Come riconoscere e trattare una ipoglicemia

A cosa bisogna fare attenzione

Se il ragazzo con diabete di tipo 1 presenta:

- * pallore
- * sudorazione
- * tremori
- * irritabilità
- * fame improvvisa
- * stanchezza
- * dolori addominali
- * difficoltà a concentrarsi
- * difficoltà ad esprimersi adeguatamente
- * sonnolenza

⇒ Può avere un valore glicemico BASSO (IPOglicemia)

Far controllare la glicemia, se il valore è **inferiore a 70 mg/dl** andrà corretto assumendo 15 gr di carboidrati a rapido assorbimento (1 succo di frutta, ½ lattina di Coca Cola o aranciata, 3 zollette di zucchero)

[Se non è possibile controllare la glicemia, far correggere comunque con gli alimenti in dotazione]

Se dopo 15 minuti la glicemia è inferiore a 80 mg/dl e/o non si attenuano/scompaiono i sintomi, ripetere la somministrazione di altri 15 gr di carboidrati a rapido assorbimento

- * Se il ragazzo sta facendo attività fisica farlo fermare e non farlo muovere sino a quando la glicemia non ha raggiunto i 100mg/dl o sono scomparsi stabilmente i sintomi
- * Non lasciare mai solo il ragazzo
- * Non interrogare il ragazzo neanche nell'ora successiva
- * Avvertire i genitori dell'accaduto
- * Avvertire i genitori subito se compare vomito

Come riconoscere e trattare una iperglicemia

A cosa bisogna fare attenzione

Se il ragazzo con diabete di tipo 1 presenta:

- * sete intensa
- * frequente bisogno di urinare
- * irritabilità
- * stanchezza

⇒ Può avere un valore glicemico ALTO (IPERglicemia)

Far controllare la glicemia, se il valore è **maggiore o uguale a 300 mg/dl**, non è indispensabile fare una correzione con insulina, ma è importante:

- * Fare bere molta acqua
- * Consentire di andare in bagno ad urinare
- * Lasciare tranquillo il ragazzo
- * Non far fare attività fisica
- * Non interrogarlo

Se il ragazzo fosse poco reattivo, avesse alito acetone, febbre o vomito, chiamare subito i genitori.



Padre
Madre
Centro di diabetologia
Pediatra

L'attività fisica nel ragazzo con diabete

Quali attenzioni deve avere l'insegnante di Educazione Fisica

- * Incoraggiare il ragazzo a praticare l'attività fisica prevista
- * Accertarsi se in ragazzo è autonomo nella gestione del diabete durante l'attività fisica
- * Controllare il valore glicemico prima dell'attività fisica ed eventualmente dopo
- * Non far praticare attività fisica se:
 - * la glicemia è **maggiore o uguale a 300 mg/dl** (far bere molta acqua e far riposare)
 - * **inferiore a 100 mg/dl** (correggere con zuccheri rapidi: 1 succo di frutta, ½ lattina di Coca Cola o aranciata)
- * Consentire di assumere snacks extra se necessario
- * Avere, in palestra, o nel luogo ove si pratica sport, un contenitore con tutti i cibi necessari a correggere eventuali ipoglicemie
- * Riconoscere le ipoglicemie

Padre	
Madre	
Centro di diabetologia	
Pediatra	

Come riconoscere e trattare una ipoglicemia

A cosa bisogna fare attenzione

Se il ragazzo con diabete di tipo 1 presenta:

- | | | |
|-----------------------|------------------------------------|---|
| * pallore | * fame improvvisa | * difficoltà ad esprimersi adeguatamente |
| * sudorazione | * stanchezza | |
| * tremori | * dolori addominali | |
| * irritabilità | * difficoltà a concentrarsi | * sonnolenza |

⇒ Può avere un valore glicemico **BASSO** (Ipoglicemia)

Far controllare la glicemia, se il valore è **inferiore a 70 mg/dl** andrà corretto assumendo 15 gr di carboidrati a rapido assorbimento (1 succo di frutta, ½ lattina di Coca Cola o aranciata, 3 zollette di zucchero)

[Se non è possibile controllare la glicemia, far correggere comunque con gli alimenti in dotazione]

Se dopo 15 minuti la glicemia è inferiore a 80 mg/dl e/o non si attenuano/scompaiono i sintomi, ripetere la somministrazione di altri 15 gr di carboidrati a rapido assorbimento

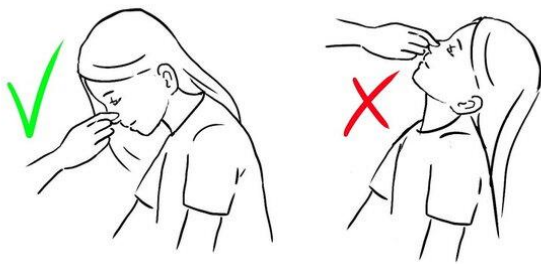
- * Se il ragazzo sta facendo attività fisica farlo fermare e non farlo muovere sino a quando la glicemia non ha raggiunto i 100mg/dl o sono scomparsi stabilmente i sintomi
- * Non lasciare mai solo il ragazzo
- * Non interrogare il ragazzo neanche nell'ora successiva
- * Avvertire i genitori dell'accaduto
- * Avvertire i genitori subito se compare vomito

EPISTASSI

La **fuoriuscita di sangue dal naso** (epistassi) è una situazione molto frequente nel bambino. In particolare, i bambini tra i 2 e i 10 anni di età ne sono particolarmente soggetti. Il sangue che viene perduto in queste occasioni può sembrare molto abbondante al genitore, ma nella maggior parte dei casi la perdita è minima e solo in casi eccezionali è necessario il ricovero in ospedale.

Cosa fare:

- Infilarsi i guanti a perdere.
- Mantenere il bambino seduto o in piedi;
- **Inclinare la testa leggermente in avanti** (Figura 1) per evitare che il sangue venga ingoiato o inalato. Per la stessa ragione, **evitare che si sdrai** o che inclini la testa all'indietro;
- Tenere premuta tra pollice e indice la parte inferiore morbida delle narici per dieci minuti. Se il bambino è abbastanza grande, può farlo da solo. Durante questo periodo di tempo, mantenere sempre la presa sul naso e non abbandonarla per vedere se sanguina ancora;
- Rilasciare la pressione dopo dieci minuti e attendere, mantenendo il bambino tranquillo. Se l'epistassi non si è fermata, ripetere il passaggio precedente;
- Mettere un **asciugamano fresco o ghiaccio coperto da un panno** sulla nuca o alla congiunzione tra la fronte e il naso (radice);
- Se il bambino è abbastanza grande, invitarlo a soffiare il naso senza sforzo eccessivo, così da far uscire gli eventuali grumi di sangue (coaguli);
- Incoraggiare il bambino a sputare il sangue che ha in bocca perché, se lo deglutisse, potrebbe provocare il vomito;
- Offrire al bambino un **ghiacciolo** o una **bevanda fredda** per rinfrescarlo e togliere il gusto del sangue;
- **Non lasciare il bambino da solo** nel momento del sanguinamento.



Cosa NON fare:

- Soccorrere il bambino senza guanti;
- Farsi prendere dal panico, perché potrebbe spaventare di più il bambino;
- Far sdraiare il bambino o fargli inclinare all'indietro la testa, perché potrebbe portarlo a ingoiare o inalare il sangue;
- Mettere tessuti, garza o qualsiasi altro materiale nel naso per fermare il sanguinamento;
- Bagnare il naso con acqua calda, perché il calore può aumentare il sanguinamento.

Cosa fare dopo:

- Tenere tranquillo il bambino per almeno un paio d'ore, raccontargli una storia, leggergli un libro o farlo disegnare;
- Evitare bevande o cibi molto caldi;
- Evitare bagni o docce con acqua calda per 24 ore;
- Fare in modo che, per almeno 24 ore, il bambino eviti di soffiarsi il naso o di cacciarsi le dita nel naso.

FERITA SANGUINANTE DI PICCOLE DIMENSIONI

Le ferite sono **lesioni superficiali della pelle** (o del sottocute), o **profonde**, di muscoli, vasi e nervi. I tipi di ferite possono essere differenti tra loro, in relazione al modo in cui il bambino se le è procurate:

- **Escoriazioni**, o abrasioni, se gli strati più superficiali della cute sono danneggiati da un agente smusso strisciato sulla pelle;
- **Ferite da taglio**, se un oggetto tagliente danneggia la cute e i tessuti sottostanti più o meno in profondità e in modo lineare;
- **Ferita da punta**, se un oggetto appuntito penetra nella pelle e crea una lesione stretta ma profonda;
- **Ferite lacero-contuse**, se viene esercitata una pressione e una trazione sulla cute del bambino, come capita, ad esempio, nel morso di animale.

Cosa fare:

- Infilarsi i guanti a perdere;
- Lavare la ferita con acqua e sapone senza strofinare rimuovendo eventuale materiale estraneo presente;
- Sciacquare per alcuni minuti con acqua corrente;
- Comprimerla la ferita con garze o un panno pulito per qualche minuto per arrestare il sanguinamento;
- Disinfettare con sostanze antisettiche;
- Coprire con garze per evitare di sporcarla nuovamente.
- Avvisare i genitori (ricordando loro di verificare lo stato della vaccinazione antitetanica).
- Il bambino deve essere visto da un medico in caso di persistenza del sanguinamento, se la ferita è importante o se è conseguenza del morso di un animale.

Cosa NON fare:

- Non usare cotone, polvere antibiotica, alcool.

INGESTIONE SOSTANZE TOSSICHE/VELENOSI

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

Cosa fare:

- Chiamare il Centro Antiveleni (CAV) di Milano 02 66101029:
 - **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, se si conosce, comunicare l'età e il peso del paziente.

Cosa NON fare:

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

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.

Cosa fare

- Chiamare il 118;
- Avvertire i genitori.

Cosa non fare:

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

ROTTURA DI UN DENTE

Il **trauma dentale** è un evento molto frequente che può riguardare sia bambini in età pre-scolare (dentizione decidua, i cosiddetti denti da latte), che ragazzi in età scolare (in dentizione mista o definitiva). Uno studio condotto in Europa ha dimostrato che il 15% dei bambini in età prescolare e il 20-25% di quelli in età scolare ha subito un trauma dentale.

Il trauma dentale è un evento drammatico sia per il bambino che lo subisce sia per i suoi genitori e ha bisogno di un intervento tempestivo

Se il trauma interessa i denti da latte, il rischio maggiore è il danno del dente permanente che si sta formando al di sotto del dente da latte

Il dentista interverrà per ridurre al minimo le possibili complicanze sul dente definitivo

Se il trauma interessa i denti permanenti, riattaccare il frammento di dente che si è spezzato, è spesso la cura più efficace

Se il dente è caduto in seguito al trauma bisogna conservarlo in soluzione acquosa (fisiologica, latte o saliva)

Il **reimpianto del dente entro le due ore dalla caduta** può avere buone possibilità di successo

Il dente traumatizzato va tenuto sotto controllo per un lungo periodo di tempo perché a volte possono verificarsi danni tardivi

TIPO DI TRAUMA

- Traumi ai tessuti duri del dente (smalto, dentina, cemento) con o senza interessamento della polpa;
- Traumi ai tessuti di sostegno del dente (tessuto osseo, legamento, gengiva).

DENTI DA LATTE

In caso di **avulsione** (perdita completa) del dente deciduo non si effettua il reimpianto per il rischio di danneggiare il dente permanente sottostante. Se il trauma fa penetrare il dente deciduo nella gengiva, la radice del dente può danneggiare il dente permanente che sta formandosi.

DENTI PERMANENTI

Se l'elemento si è spezzato, cercare il frammento e conservarlo in soluzione fisiologica, latte o saliva. Riattaccare il frammento è spesso la terapia più efficace. Se il dente è fuoriuscito completamente dalla sua sede (avulsione), bisogna conservarlo in soluzione acquosa (fisiologica, latte o saliva) senza detergerlo per non alterare le fibre parodontali e chiamare i genitori immediatamente.

Nel caso di avulsioni complete, infatti, il reimpianto del dente entro le due ore può avere buone possibilità di successo. Il dente traumatizzato va tenuto sotto controllo per un lungo periodo di tempo al fine di monitorare eventuali danni tardivi che, se individuati tempestivamente, possono essere limitati nella loro gravità.

OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO

Può accadere, soprattutto nei primi anni di vita, che un bambino inalò 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.

Cosa fare:

- 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.

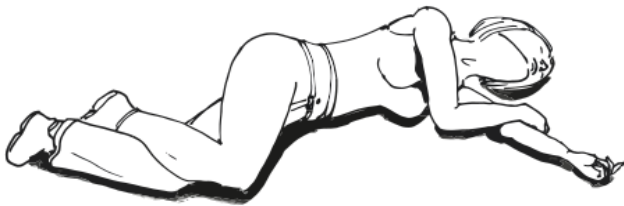
Cos'è la manovra di Heimlich:

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.

POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA (PLS)

La posizione laterale di sicurezza è una tecnica di primo soccorso utilizzata per permettere a una persona in stato di incoscienza di respirare liberamente, e in questa persona bisogna porre il paziente mentre si attende l'arrivo di soccorsi.



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.

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.

Malattia di Lyme (o da morso di zecca)

Infezione batterica trasmessa tramite puntura di zecca, può presentarsi con un'ampia varietà di sintomi. Se non curata può evolvere in una malattia cronica

La Malattia di Lyme prende nome dalla città americana in cui fu descritto il primo caso nel 1975. L'infezione è dovuta alla spirocheta *Borrelia burgdorferi*, che ha come serbatoio numerose specie animali (cervi, caprioli, roditori, volatili e anche cavalli, cani e gatti domestici).

La malattia è diffusa in numerose regioni degli Stati Uniti d'America e in Europa (Inghilterra, Austria, Francia). In Italia le regioni maggiormente colpite sono il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, il Veneto, l'Emilia Romagna, il Trentino Alto Adige.

Nelle zone centro meridionali e nelle isole le segnalazioni sono meno frequenti. La malattia si verifica soprattutto nei mesi estivi ed autunnali.

Le borrelie sono trasmesse all'uomo attraverso la puntura di zecche del genere *Ixodes*. La trasmissione della *Borrelia burgdorferi* abitualmente si verifica solo dopo che la **zecca** infetta è rimasta attaccata più di 24 ore. Pertanto, dopo un potenziale contatto, la ricerca delle zecche e la loro rimozione può aiutare a prevenire l'infezione.

La *Borrelia Burgdorferi* penetrata nella cute, può diffondersi ai linfonodi, causando un **ingrossamento dei linfonodi** vicini al sito di penetrazione.

Può anche arrivare, con il sangue in altri organi. L'incubazione è di 3-20 giorni, in media 14 giorni. In alcuni casi può arrivare a un mese.

Sintomi

L'infezione **colpisce prevalentemente la pelle, le articolazioni, il sistema nervoso e gli organi interni**. Può dare sintomi gravi, intensi e, se non viene curata, diventa cronica, dura a lungo nel tempo.

La malattia viene di solito suddivisa in 3 stadi:

I° stadio

L'**eritema migrante** costituisce la caratteristica principale della malattia di Lyme e si ha in almeno il 75% dei pazienti.

In corrispondenza della puntura della zecca compare una piccola macula-papula rossastra, generalmente situata nella parte più in alto di braccia e gambe o sul tronco (le zone più colpite sono coscia, gluteo o ascelle).

La lesione cutanea si ingrandisce e assume una forma ad anello a margini lievemente rilevati, spesso schiarendosi e indurendosi al centro.

Successivamente, in circa il 50% dei pazienti non trattati, si sviluppano altre lesioni cutanee, generalmente più piccole. Le lesioni cutanee sono in genere calde ma non dolenti.

Nella maggior parte dei pazienti l'eritema migrante è accompagnato da una sindrome muscolo-scheletrica simil-influenzale con malessere, debolezza, brividi, **febbre, mal di testa**, dolori muscolari e alle articolazioni).

L'artrite è rara in questa fase della malattia. L'eritema migrante dura di solito alcune settimane.

II° stadio

Dopo qualche settimana o mesi possono comparire **sintomi che indicano il coinvolgimento del sistema nervoso o del cuore**.

Le manifestazioni neurologiche si sviluppano in circa il 15% dei pazienti a distanza di settimane o mesi dall'eritema migrante; durano diversi mesi e guariscono in genere completamente.

Le complicanze neurologiche più comuni sono la meningite linfocitaria, la meningoencefalite, la neurite dei nervi cranici (specialmente paralisi del nervo faciale) e le polineuropatie periferiche.

Le lesioni del miocardio, il muscolo del cuore, possono manifestarsi con blocco atrioventricolare, infiammazione del muscolo cardiaco (**miocardite**) e **pericardite**, infiammazione del pericardio la cavità in cui è contenuto il cuore, si hanno nell'8% dei pazienti entro poche settimane dall'eritema migrante. Nel II stadio ci sono in genere senso di debolezza e dolori muscolari.

III° stadio

I sintomi del III stadio compaiono nel 60% dei soggetti non curati, dopo un periodo che va da poche settimane a un massimo di due anni dall'inizio della malattia. La forma più comune è l'**artrite recidivante delle grandi articolazioni**, in modo particolare delle ginocchia, **sebbene possano essere colpite anche le piccole articolazioni**. In rari casi l'artrite può diventare cronica e complicarsi con lesioni della cartilagine e dell'osso.

Le ginocchia colpite generalmente sono gonfie, dolenti, spesso calde, raramente arrossate. Nel III stadio mancano i sintomi di malessere generale che accompagnano gli altri stadi.

Diagnosi

La **diagnosi** di malattia di Lyme si basa sulla combinazione di segni e sintomi suggestivi e di una storia compatibile per rischio di morso di **zecca** portatrice di spirocheta.

Gli esami di laboratorio non devono essere necessariamente eseguiti per confermare la diagnosi.

Su prelievo di sangue si può dosare il titolo degli anticorpi specifici contro la borrelia: **IgM** e **IgG** mediante **tecnica Elisa**.

Quando il test ELISA fornisce un risultato dubbio o positivo è possibile eseguire un altro test, denominato **IMMUNOBLOT** per conferma.

Il test deve essere utilizzato per i pazienti nei quali si ha un elevato sospetto di malattia di Lyme, ricordando anche che il livello degli anticorpi nel sangue risulta negativo nelle prime settimane dall'infezione.

Ci sono altri **test che identificano il materiale genetico**, il genoma delle Borrelie, che sono utili e si possono effettuare su tutti i liquidi biologici: principalmente su liquido articolare e su liquido cefalorachidiano, che si preleva con la puntura lombare, ma il risultato è molto variabile e dipende dal liquido biologico che è stato utilizzato.

Dal momento che gli esami di laboratorio non sono sempre in grado di confermare o escludere in modo definitivo la malattia, la decisione di iniziare il trattamento antibiotico va presa in base alla diagnosi clinica.

Terapia

Durante il I stadio, a seconda dell'età del bambino, verranno somministrati degli **antibiotici** appartenenti alla classe delle **penicilline** o delle **tetracicline**, con una durata variabile tra i 10 e i 14 giorni a seconda del farmaco scelto.

Nel II e III stadio è raccomandato l'uso di antibiotici quali le cefalosporine per via iniettiva per una durata variabile di 2/3 settimane

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.

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.

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.

È necessario informare i genitori.

Cosa fare:

- 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!!!

Di seguito il Documento Operativo dell'UOC Pediatria ISS "GESTIONE TRAUMA CRANICO"

REPUBBLICA DI SAN MARINO ISS ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	DOCUMENTO OPERATIVO	DOC-OP 3 PED Rev.0
GESTIONE TRAUMA CRANICO		

TRAUMA CRANICO

Le condizioni attuali del vostro bambino, sottoposto a visita pediatrica presso il nostro Pronto Soccorso per trauma cranico, risultano buone e tali da consentire l'invio a domicilio.

Si raccomanda un'attenta sorveglianza almeno per le prossime 24-48 ore; se si verificasse una o più delle seguenti circostanze va ricondotto immediatamente al Pronto Soccorso:

- * variazione o peggioramento del comportamento (irrequietezza, sonnolenza eccessiva, ridotta reattività, difficoltà nel camminare, ecc.)
- * vomito
- * crisi convulsive anche di breve durata
- * disturbi oculari; in particolare strabismo o pupille diseguali
- * cefalea persistente

Si raccomanda inoltre particolare attenzione onde evitare il ripetersi di eventi traumatici a breve distanza.

copia da allegare al referto

REPUBBLICA DI SAN MARINO ISS ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	DOCUMENTO OPERATIVO	DOC-OP 3 PED Rev.0
GESTIONE TRAUMA CRANICO		



Cosa sono i sintomi commotivi e come potete aiutare il vostro bambino ?



In caso di trauma cranico importante il vostro bambino potrebbe presentare dei sintomi commotivi, ovvero segni di affaticamento del cervello come:

- ✓ mal di testa che passa con il paracetamolo
- ✓ stanchezza eccessiva, irritabilità, cambiamenti di umore
- ✓ nausea o scarso appetito
- ✓ problemi di memoria o difficoltà a concentrarsi
- ✓ disturbi del sonno
- ✓ vertigini

Questi disturbi di solito scompaiono nel giro di due settimane, ma se li notate parlatene con il vostro Medico curante che valuterà la necessità di una visita specialistica se i sintomi non dovessero migliorare.

Per favorire la risoluzione dei sintomi commotivi

- ✓ evitate le attività che richiedono concentrazione prolungata (videogiochi e televisione, lettura prolungata, compiti scolastici)
- ✓ fate riprendere gradualmente l'attività scolastica al vostro bambino in base all'andamento dei sintomi, chiedete agli insegnanti se possibile di concedere al bambino qualche pausa tra le lezioni



- ✓ fate riprendere gradualmente l'attività fisico-sportiva e solo dopo aver controllato che il vostro bambino riesca a sostenere la normale attività scolastica senza disturbi. L'attività fisica-sportiva potrebbe mettere a rischio di ulteriori traumi il vostro bambino, perché richiede coordinazione e riflessi pronti, che dopo un trauma cranico possono non funzionare al meglio

**Vi raccomandiamo di mettere in pratica
tutte le precauzioni per evitare gli infortuni sempre
e soprattutto nei giorni successivi al trauma cranico !**



REPUBBLICA DI SAN MARINO ISS ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	DOCUMENTO OPERATIVO	DOC-OP 3 PED Rev.0
GESTIONE TRAUMA CRANICO		



Cosa dovete sapere se il vostro bambino ha battuto la testa



Il vostro bambino è stato visitato per un trauma cranico e adesso può andare a casa.
E' importante però che nei prossimi giorni (in particolare nelle prime 24 ore dal trauma) il bambino venga attentamente osservato da un adulto.
Tenete il bambino in un ambiente tranquillo e non mettetevi in viaggio.
Applicate del ghiaccio a cicli sulla zona contusa e mantenete una dieta leggera per 1-2 giorni.

Cosa dovete controllare nelle prime 24 ore ?



Mentre dorme (ogni 2 o 3 ore) :

- ✓ controllate che abbia un respiro regolare e una posizione rilassata
- ✓ controllate che reagisca alla voce o a un delicato pizzicotto

Se notate delle anomalie svegliate il bambino per capire meglio.

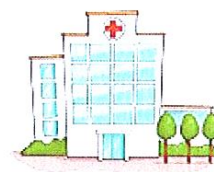


Quando è sveglio osservate come si comporta il vostro bambino:

- ✓ assicuratevi che si muova normalmente e utilizzi braccia e mani per prendere qualche oggetto a lui caro
- ✓ se è grandicello chiedergli di parlare, di dire i nomi di persone che conosce o di qualche giocattolo

Riportate subito il vostro bambino in ospedale se presenta :

- ✓ difficoltà a mantenere gli occhi aperti e a rimanere sveglio, sonnolenza senza motivo e in ore insolite della giornata
- ✓ disturbo nel parlare, nel comprendere, confusione nel ricordare nomi, luoghi, date
- ✓ disturbo dell'equilibrio e difficoltà nel camminare
- ✓ irritabilità o pianto continuo e lamentoso nei bimbi più piccoli
- ✓ mal di testa forte e persistente che risponde poco al paracetamolo
- ✓ vomito ripetuto a distanza dal trauma
- ✓ disturbi della vista, pupille di grandezza diversa, strabismo o incapacità di fissare con lo sguardo oggetti e/o persone
- ✓ convulsioni
- ✓ sanguinamento o perdita di liquido da orecchie e/o naso
- ✓ comparsa di cefaloematoma (tumefazione molle del capo) o peggioramento del cefaloematoma preesistente.



Vi raccomandiamo di mettere in pratica tutte le precauzioni per evitare gli infortuni sempre e soprattutto nei giorni successivi al trauma cranico !

USTIONI

È un **danneggiamento della cute e del derma**, che compongono la pelle, per un trauma dovuto a eccesso di calore, 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:

Non farsi prendere dal panico per non perdere del tempo veramente prezioso.

NON usare il ghiaccio o l'acqua ghiacciata a contatto né diretto né indiretto, poiché queste manovre possono aumentare i danni.

NON applicare sulle parti ustionate:

- burro
- olio
- polveri
- amidi
- fette di frutta
- zucchero

NON aprire le vescicole

Queste sostanze **possono approfondire l'ustione e aumentare i rischi di infezione** successiva.

INSERIMENTO AL NIDO, SCUOLA D'INFANZIA, ELEMENTARI E MEDIE - CERTIFICATO MEDICO

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

È **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, convulsioni febbrili, epilessia, ecc.) e nei casi di allergie alimentari. In questi casi il curante redigerà un Piano d'Intervento Personalizzato (PIP).

Non è necessario segnalare patologie infettive come portatore HBV, HCV, HIV; 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 che si possono reperire sia sul Fascicolo Elettronico, ma possono essere richieste all'Ufficio Vaccinazioni c/o Cure Primarie (Centro Azzurro).

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 PIP**.

Non verranno rilasciati certificati per l'utilizzo di creme, vitamine, integratori.

Ogni tipo di farmaco dovrà essere tenuto nella "cassetta farmaci"; ed è a carico dei genitori del 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.

INSERIMENTO AL NIDO, SCUOLA D'INFANZIA, ELEMENTARI E MEDIE - VACCINAZIONI

È **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.

(In riferimento all'obiezione alle vaccinazioni obbligatorie si rimanda a quanto previsto dall'articolo 7 della legge 23 maggio 1995 n. 69)

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.

È 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 diffusive 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**

È 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.**

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.**

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.

È 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.**

Tutto questo escluso il periodo pandemico da Covid-19: qualora un bambino presenti febbre e/o altri sintomi associati, in epoca pandemica, dev'essere sottoposto a Tampone per escludere infezione da Covid-19.

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.

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 a pag. 7), 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 a pag. 7 e 8).

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.

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, come nel caso dell'asma, in cui lo sport è legato 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 scatenante la reazione allergica.

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.

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. Questo avviene ad esempio per la Meningite.

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.

HPV: Vaccinazione con chiamata attiva e gratuità 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 tetravalente 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.

Calendario Vaccinale

Vaccini obbligatori	30 GIORNI	3° MESE	4° MESE	5° MESE	6° MESE	7° MESE	11° - 12° MESE	13° MESE	15° MESE	5° ANNO	10° ANNO	12° ANNO	14°-15° ANNO	16-49 ANNI	50-64 ANNI	> 64 ANNI		
Difterite-Pertosse acellulare- Tetano																		
Antipolio tipo Salk																		
EPATITE B																		
Haemofilus Influenzae-B																		
Morbillo- Parotite- Rosolia																		
Vaccini raccomandati																		
Antidifterite e/o Antitetanica e/o Pertosse														1 dose di DPT o T ogni 10 anni				
MPR (non vaccinati)														2 dosi (0, - 4/8 settimane) nei non vaccinati o categorie a rischio				
Antipneumococcica coniugata 13																Dopo 1 anno modifica dosi seconda l'età		
Antipneumococcina 23																		
Haemofilus Influenzae-B																nelle categorie a rischio		
Meningococco C												Men ACWY coniugato 1 dose						
Meningococco B												Dose di richiamo entro il 2° anno di vita						
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																2 dosi a distanza di 2 mesi		
Antinfluenzale						In categorie a rischio						1 dose anno						
Antirabbica		Per categorie a rischio o post esposizione.																

COVID 19

La malattia COVID-19, causata dal nuovo Coronavirus SARS-CoV-2, si è diffusa ormai in tutto il mondo, causando una pandemia globale. I **primi sintomi** dell'infezione sono simili a quelli di comuni infezioni virali come il raffreddore e l'influenza stagionale: tosse, febbre e dolori muscolari.

Sintomi

Possono essere diversi. Oltre alla comparsa, rapida e improvvisa, di febbre oltre 37.5 che non scende con antipiretici, tosse secca insistente, malessere, affaticamento, dolori muscolari e articolari, possono manifestarsi brividi, naso che cola, mal di testa e gola infiammata.

In alcuni pazienti compaiono sintomi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito), mentre scarso appetito – o scarsa alimentazione – si presentano soprattutto nei bambini di età inferiore a 1 anno.

Un sintomo caratteristico di COVID-19 è la **perdita del gusto e dell'olfatto**.

I sintomi di COVID-19 compaiono in media dopo 2-5 giorni dal contagio. Questo periodo è detto periodo di incubazione, cioè il lasso di tempo tra il momento del contagio e la comparsa dei sintomi. Tuttavia, il **periodo di incubazione** può variare, andando dai 2 giorni fino a un massimo di 14 giorni. Le varianti possono avere manifestazioni diverse.

Molti bambini, soprattutto al di sotto dei 10 anni, sono però **asintomatici**, cioè non manifestano nessun sintomo di COVID-19. Un bambino asintomatico, così come un adulto asintomatico, può comunque contagiare gli altri.

In generale, però, i bambini manifestano sintomi di COVID-19 molto più lievi rispetto agli adulti – sono **paucisintomatici**. Ciò può dipendere da vari fattori, tutt'ora all'attenzione di medici e scienziati, come una maggiore reattività del sistema immunitario dei bambini.

In rari casi, però, reazioni immunitarie troppo "zelanti" possono favorire la comparsa della **Sindrome Infiammatoria Multisistemica** correlata al COVID-19 che, per fortuna raramente, può verificarsi nei bambini. I sintomi di questa sindrome sono stati paragonati in alcuni casi a quelli della malattia di Kawasaki e altre sindromi infiammatorie sistemiche.

Terapia

Paracetamolo e/o Ibuprofene.

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.

Lo zaino è un ottimo sistema per portare pesi, perché se è correttamente indossato e regolato, sfrutta i muscoli più forti del corpo con una distribuzione ottimale del peso. Tuttavia, lo zaino non deve essere caricato troppo e non deve superare mai il 10%-15% del peso del bambino che lo porta (un bambino che pesa 35 Kg non dovrebbe portare uno zaino che pesi più di 4 kg).

Un peso eccessivo sposta indietro il baricentro costringendo chi lo porta ad assumere una posizione con le anche flesse e la colonna vertebrale piegata in avanti, causando dolore muscolare. Inoltre, un carico eccessivo sulle cinghie di trasporto dello zaino che poggiano sulle spalle del bambino (gli spallacci) può causare comparsa di formicolii e perdita di sensibilità agli arti superiori.

Anche l'**abitudine diffusa di molti adolescenti e bambini di portare lo zaino su una sola spalla è scorretta** perché costringe a sopportare tutto il peso su un solo lato della schiena e causa dolore. I "trolley", cioè gli zaini dotati di ruote e maniglia che possono essere trascinati, permettono di portare pesi leggermente superiori ma anche questi, se troppo pesanti, possono diventare causa di dolore alla schiena e alle braccia.

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.

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.

ABUSO E MALTRATTAMENTO

Con tale terminologia si definisce qualsiasi azione od omissione da parte di un genitore, familiare o persona che ha in cura il minore, da cui conseguano la morte, gravi danni fisici o psichici, e atti o sfruttamento sessuali.

Trattandosi di un fenomeno che non di rado si verifica in contesti familiari o comunque di tipo astrattamente "protettivo" per i minori (es. ambiente scolastico, ambiti di attività ludico-sportive) **la condizione di abuso rimane un fenomeno nascosto**, le cui reali dimensioni non sono del tutto conosciute.

Le dinamiche che possono verificarsi in **contesti intrafamiliari** nei casi di abuso sono particolarmente complesse: non è raro che i bambini, soprattutto se molto piccoli, si leghino agli abusatori stabilendo una sorta di dipendenza o per timore di ritorsioni.

Qualora l'abuso sia **extrafamiliare** (parenti, amici di famiglia, insegnanti, allenatori...), i genitori devono saper riconoscere quei segnali d'allarme nel comportamento del loro bambino o quei segni fisici, tali da indurli a parlarne con il proprio pediatra di famiglia.

La ripetitività degli eventi ed eventuali lesioni che ne possono conseguire devono essere sempre e comunque considerate forme di abuso.

Diverse sono le **situazioni familiari che possono favorire l'abuso e i maltrattamenti**: degrado morale ed economico, degrado culturale, genitori depressi o aggressivi, spesso a loro volta maltrattati, tossicodipendenti e alcolisti.

Alcuni bambini poi, più di altri, possono essere soggetti a maltrattamenti: disabili, neonati con pianto inarrestabile, bambini iperattivi, bambini affetti da malattie croniche e ricorrenti.

Abuso e maltrattamento sono tutte le forme di maltrattamento fisico ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un danno reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere (OMS).

Il maltrattamento è una grave alterazione dei rapporti tra adulto e bambino con caratteristiche talvolta subdole le cui conseguenze non sono sempre facilmente diagnosticabili.

Varie forme di abuso:

Abuso fisico

Alcune volte può apparire labile il confine tra punizione, abuso di mezzi di correzione e vero maltrattamento fisico, poiché il concetto di punizione molto variabile nelle diverse epoche e nelle diverse culture.

Il maltrattamento propriamente detto rappresenta la più facilmente riconoscibile in ragione dei segni fisici spesso tipici e caratteristici della lesione volontaria e/o violenta.

Il bambino può essere colpito con mezzi lesivi naturali come le mani (schiaffi, pugni), i piedi (calci), le unghie (graffi) e i denti (morsi); oppure con altri mezzi lesivi, ivi compresi liquidi bollenti, strumenti incandescenti. Le lesioni che si riscontrano sono altrettanto variabili, potendosi riscontrare ecchimosi, escoriazioni, ferite, ustioni di vario grado, frattura, lesioni di organi.

Una forma particolarmente grave di maltrattamento è quella cosiddetta del bambino scosso che può perfino essere particolarmente grave fino a provocare il decesso; si realizza quando un neonato o un lattante viene violentemente scosso, spesso per farlo smettere di piangere, con conseguenti gravi lesioni cerebrali dovute alle violente oscillazioni del capo sul collo.

È noto che i bambini possano andare incontro a traumi nella loro attività quotidiane (gioco, sport, cadute accidentali o lesioni volontarie fra coetanei) e pertanto, lesioni di vario grado specie in alcune parti del corpo (es. arti inferiori), possono essere di frequente riscontro.

Distinguere tra lesioni volontarie da abuso e lesioni accidentali o di altra natura, spesso non è semplice e richiede un'attenta ed accurata diagnosi differenziale con il supporto di una raccolta puntuale dell'anamnesi e di indagini strumentali e di laboratorio.

Depongono per un sospetto maltrattamento fisico:

Le lesioni non compatibili con le capacità motorie del bambino o il tipo di trauma riferito (incongruenze anamnestiche);

Ritardo nell'attivazione di intervento medico;

Lesioni multiple polimorfe e risalenti a tempi diversi;

Lesioni in punti inusuali (dorso, torace, padiglioni auricolari, genitali, cuoio capelluto...).

Abuso sessuale

L'abuso sessuale si verifica quando un minore è coinvolto in pratiche sessuali manifeste o mascherate, anche in assenza di contatto fisico (eccessive attenzioni, esibizione di materiale pornografico...). Il minore, in ragione

dell'età, non è in grado di compiere atti sessuali in modo consapevole e partecipato attraverso un consenso valido.

Non è raro che alla visita medica non siano visibili i segni fisici dell'abuso sessuale, che (soprattutto nei bambini prepuberi) si concretizza in toccamenti e non prevede penetrazioni genitali.

Una possibile reazione è rappresentata da cambiamenti nei comportamenti, disturbi del sonno, cambiamenti d'umore, improvviso peggioramento nell'andamento scolastico, paure ingiustificate, aggressività, enuresi, comportamenti sessualizzati.

Naturalmente si tratta di segni aspecifici spesso generati dall'incapacità del minore di comprendere il significato dell'atto sessuale, di superare il pudore e la vergogna, che non possono ritenersi significativi se presi in considerazione singolarmente ma debbono essere valutati anche alla luce dell'ambiente familiare, psicologico e sociale in cui il bambino vive.

Patologia delle cure

Vengono raggruppate sotto questa definizione tutte le situazioni in cui i minori sono vittime di cure fisiche o nutrizionali carenti o non adeguate. Possono venir identificati diversi tipi di patologia delle cure:

Incuria: quando le cure sono carenti (es. per l'igiene, il nutrimento la sorveglianza, la cura degli stati patologici);

Discuria: quando le cure sono non adeguate rispetto ai bisogni del minore in considerazione dell'età e della condizione fisica;

Ipercure: quando le cure siano eccessive o non siano necessarie (es. eccessivo ricorso alle cure mediche, supporti farmacologici, consulti specialistici, approfondimenti diagnostici).

Abuso psicologico

È un modello di comportamento che ha effetti negativi sullo sviluppo emotivo di un bambino e sul senso di autostima: ignorarlo, sminuirlo, terrorizzarlo, criticarlo continuamente, non manifestare amore verso di lui; una particolare forma di abuso psicologico è l'abuso assistito ossia qualsiasi forma di violenza intrafamiliare (sessuale, psicologica, verbale, economica...), verso figure di riferimento o membri della famiglia a cui il bambino è costretto ad assistere.

Cause

Quando il maltrattamento si consuma all'interno delle **mura domestiche**, si inserisce all'interno di relazioni precocemente disturbate con le proprie figure di attaccamento (che di per sé rappresenta un trauma nella relazione di fiducia e sicurezza) producendo nel bambino difficoltà nel controllo dello stress e nei meccanismi psichici che regolano il comportamento e le emozioni.

Il maltrattamento può manifestarsi attraverso un fatto isolato, grave, estremo, che sovrasta la capacità di resistenza del bambino o attraverso fatti ripetuti o condizioni prolungate (come nella trascuratezza) determinando una vera e propria alterazione dello sviluppo causata dai traumi cui il bambino è sottoposto.

Conseguenze

I casi più gravi di abusi sui minori possono portare a danni permanenti o al decesso. I bambini vittime di abusi hanno maggiori probabilità di avere problemi nella costruzione e nel mantenimento di relazioni per tutta la vita; più frequentemente hanno bassa autostima, stati di depressione, pensieri di suicidio e altri **problemi di salute mentale**.

In tutte le forme conclamate di abuso fisico o sessuale il bambino che fosse condotto in **Pronto Soccorso**, dovrà essere accolto per la valutazione specialistica da una equipe multidisciplinare composta da personale formato e qualificato.

Tutte le attività diagnostiche dovranno obbedire a principi di:

- Massima accoglienza;
- Minima invasività;
- Rigorosa verifica di eventuali diagnosi differenziali.

In tutti i casi di sospetto abuso viene valutata l'ipotesi di **segnalazione agli organi giudiziari**.

La ricerca ha dimostrato che il trauma produce **cambiamenti neurobiologici**, vale a dire nel funzionamento del cervello. Il sistema di allarme del cervello, che funziona come una sorta di "segnale di fumo", continua a essere attivato e a segnalare al cervello: "pericolo, fuga". Contemporaneamente avviene una disattivazione di altri sistemi cerebrali che funzionano normalmente da "torre di controllo" (cioè l'elaborazione delle informazioni) con perdita della capacità di regolazione delle emozioni, dell'autoconsapevolezza, dell'empatia e della sintonizzazione con gli altri.

Le conseguenze sono strettamente connesse all'età in cui il problema inizia a verificarsi, alla qualità e alla frequenza degli abusi o dei maltrattamenti, alla presenza o alla mancanza di fattori protettivi.

Quello che si registra è in generale un deterioramento dei rapporti sociali che porta talvolta a inibizione e ritiro

sociale; possiamo ritrovare un'**autostima molto bassa, poca fiducia in se stessi** e una **continua svalutazione delle proprie azioni e pensieri**, come ad esempio: "non sono capace".

Le conseguenze a breve termine possono essere:

- Paure specifiche, vale a dire scatenate da stimoli specifici come ad esempio un determinato luogo, un certo oggetto, un determinato animale, una certa situazione;
- Iperallerta;
- Perdita di interessi;
- **Disturbi del sonno;**
- Regressioni del comportamento o nel controllo degli sfinteri;
- Riduzione o eccesso di appetito;
- Comportamenti compulsivi come ad esempio dondolarsi, camminare avanti e indietro, sfregare o sbattere oggetti;
- Rapidi passaggi di umore con crisi di pianto ingestibili, irritabilità e marcata iperattività, compromissione del funzionamento scolastico, ritiro sociale, disturbi della condotta, disturbi psicosomatici (dolori addominali, cefalee, crisi asmatiche), oltre che **Disturbo Post Traumatico da Stres**.

Le conseguenze a lungo termine possono essere:

- Sviluppo dell'immagine di sé e del senso dell'autostima, della sfera interpersonale;
- **Disturbi ansiosi;**
- Disturbo del comportamento sessuale;
- Disturbi del comportamento alimentare;
- Abuso di sostanze;
- Disturbi di personalità, psicosi, ideazione suicidaria.

Diagnosi

La diagnosi prevede una **visita neuropsichiatrica e una visita psicologica** per capire a che punto è lo sviluppo del bambino e il suo profilo psicopatologico. Per la diagnosi si utilizzano test psicologici standardizzati.

Sono previsti colloqui clinici e un'intervista ai genitori e ai bambini e adolescenti e una seduta familiare per valutare le relazioni familiari.

Per i bambini più piccoli sono previste sedute di osservazione del gioco per capire la possibilità del bambino di intrattenere spontaneamente relazioni e di avvertire altrettanto spontaneamente emozioni.

Viene prevista inoltre la consulenza multispecialistica pediatrica, radiologica, ginecologica in caso di riscontro di lesioni o indicazioni cliniche.

Prognosi

"Non c'è ferita che non si possa curare". La condizione di abuso non è una condanna per l'individuo, ma un fattore di rischio all'interno del suo percorso evolutivo che è fatto anche di fattori di protezione individuali (genetici, neurobiologici, cognitivi, emozionali) e delle risorse dell'ambiente che lo circonda.

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 cronicodegenerative (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.

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.**

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 affissi nei refettori dei singoli plessi scolastici e messi a disposizione degli utenti interessati

ASPETTI NUTRIZIONALI E LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia)

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 ottenuta 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 salutari 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 al 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.

MENÙ

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.

La mensa scolastica prevede due tipologie di menù: tradizionale e vegetariano, è sufficiente che i genitori ne facciano richiesta, sottoscrivendo il modulo fornito dalla scuola. Non è possibile richiedere menù diversi da quelli previsti per motivi organizzativi e gestionali volti a garantire la massima sicurezza alla preparazione delle diete speciali per motivi sanitari.

Sono possibili anche adeguate sostituzioni di alimenti correlate a ragioni religiose, da valutare sulla base della sostenibilità organizzativa. Tali sostituzioni non richiedono certificazione medica, ma la semplice richiesta dei genitori (la scuola fornirà l'apposito modulo).

Nell'ambito della ristorazione scolastica sono garantite sostituzioni di alimenti per esigenze cliniche autorizzate dal direttore della Pediatria.

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

Durante e dopo la gastroenterite, la dieta deve proseguire completa, come da Linee Guida Internazionali: **NON deve essere fatta la dieta in bianco.**

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 meteorologica, 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

- È 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 devono essere chiaramente disciplinati 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.

È 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.

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 caso di allergia alle proteine del latte vaccino, può essere consigliata una dieta che comprenda il formaggio grana stagionato dai 24 mesi in su.

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.

REPUBBLICA DI SAN MARINO ISS ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	DOCUMENTO OPERATIVO	DOC-OP 1 PED Rev.0
ALIMENTI E ORTICARIA		

Alimenti ricchi di istamina

- Pomodori, crauti, spinaci.
- Conserve.
- Ketchup e salsa di soia.
- Pesce in scatola: conservati, marinati, salati o essiccati (sardine, tonno, sgombero, acciughe, aringhe).
- Pesce affumicato (aringa, salmone..).
- Crostacei e frutti di mare.
- Salsicce, salame, carne secca, prosciutto affumicato, mortadella...
- Formaggi fermentati e stagionati.
- Alcolici, vino, birra.
- Aceto di vino.
- Lievito.

Alimenti chiamati liberatori di istamina o istamino-liberatori, possono liberare istamina direttamente nel corpo.

- Cioccolato/cacao.
- Fragola, banana, ananas, papaya, agrumi (arance, pompelmi...), kiwi, lampone, pera, avocado.
- Molluschi e crostacei.
- Noci, nocciole, mandorle e anacardi.
- Albume d'uovo.
- Carne di maiale.
- Caffè.

ALIMENTI CONSENTITI

- Carne e pollame freschi o surgelati sotto forma di fesa, cotoletta, sminuzzato, macinato, filetto ecc. scelte nelle parti più magre e private del grasso visibile.
- Pesci freschi o surgelati, come il merluzzo, la trota ecc. La conservazione dei pesci a basse temperature è in grado di rallentare in misura consistente la sintesi di istamina batterica.
- Formaggi freschi, ricotta e altri latticini, come il latte, lo yogurt e la panna. Formaggi stagionati come il Grana Padano DOP, preferendo però le prime stagionature.
- Frutta preferibilmente fresca come mele, pesche, albicocche, meloni, cachi ecc. Ad esclusione di quella precedentemente citata.
- Verdura a foglia larga (lattuga, cicoria...) ma anche carote, cavolfiore, zucchine, cetrioli, broccoli, preferibilmente fresca, cruda o cotta. Ad esclusione di quella precedentemente citata.
- Cereali. Consumare ogni giorno pane, pasta o riso integrali alternandoli ai prodotti raffinati.
- Olio extravergine di oliva a crudo nella giusta quantità per condire gli alimenti.

REPUBBLICA DI SAN MARINO ISS ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE	DOCUMENTO OPERATIVO	DOC-OP 1 PED Rev.0
ALIMENTI E ORTICARIA		

- Aceto di mele per insaporire le pietanze.
- Acqua, almeno 2 Litri di liquidi al giorno (preferibilmente acqua oligominerale naturale).

CONSIGLI COMPORTAMENTALI

Oltre all'intolleranza permanente all'istamina esiste una intolleranza temporanea che, adottando una corretta alimentazione e un corretto stile di vita, può essere superata con ottimi risultati. Può essere utile quindi:

- Evitare l'esposizione al caldo eccessivo.
- Evitare stress emotivi.
- Smettere di fumare.
- Rendere lo **stile di vita più attivo** (abbandona la sedentarietà! Vai al lavoro a piedi, in bicicletta o parcheggia lontano, se puoi evita l'uso dell'ascensore e fai le scale a piedi).
- Eliminare i chili in eccesso.

DA SEGNALARE

- Alcuni farmaci, soprattutto se assunti per lunghi periodi di tempo, possono inibire l'azione degli enzimi detossificanti dell'istamina a livello intestinale e se associati a cibi ricchi di istamina portare a intolleranza all'istamina.
- Durante la gravidanza la maggiore presenza dell'enzima diaminossidasi, secreto dalla placenta, può portare ad una remissione dei sintomi da intolleranza all'istamina.
- Nelle bevande alcoliche il livello di istamina dovrebbe essere visualizzato in etichetta (ma purtroppo questo non avviene), valutare individualmente il suo consumo