Assessorato alla Sanità
Direzione Prevenzione

REGIONE DEL VENETO

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
PER IL VENETO
Direzione Generale

Manuale per la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità infantili e scolastiche



REGIONE DEL VENETO
Assessorato alla Sanità
Segreteria Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione

MIUR
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
PER IL VENETO
Direzione Generale

MANUALE PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLE COMUNITÀ INFANTILI E SCOLASTICHE

2010

Redazione a cura di:
Giampietro Chiamenti, Edoardo Chiesa, Gemma D'Ettore, Lorena Gottardello, Gianna Miola, Giuseppina Napoletano, Luigi Nicolardi, Michela Possamai, Annarosa Pettenò, Francesca Pozza, Mario Rossini, Francesca Russo, Mauro Soppelsa,Viviana Vitale.

Si ringraziano i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS che hanno collaborato con l'invio dei propri materiali.
I disegni pubblicati nel testo sono stati realizzati in forma spontanea da: Camilla,David, Emma, Gabriele, margherita.

Stampa: Tipografia Fincato - VICENZA

Copia del volume può essere scaricata da:
- Sito Internet della Regione Veneto all'indirizzo
  www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/
- Sito Internet dell'Ufficio Scolastico Regionale del Veneto all'indirizzo
  www.istruzioneveneto.it

INDICE

PRESENTAZIONE **5**

PREMESSA **6**

PRIMA PARTE: INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Procedure di Ammissione 8

Misure di prevenzione efficaci per il controllo delle principali malattie infettive a scuola 8

Allontanamento 10

Assenza per malattia e riamissione alla frequenza scolastica 12

Allegato 1: Modello di Domanda d'Iscrizione 14

Allegato 2: Fac-Simile "Allontanamento" 17

Allegato 3: Fac-Simile "Autodichiarazione" 18

Allegato 4: DGR. n. 411 del 26.02.2008 19

Allegato 5: Normativa per le comunità infantili 20

SECONDA PARTE: LE MALATTIE INFETTIVE

Epatite A 22

Epatite B 24

Influenza 26

Meningite batterica 28

Mononucleosi infettiva 30

Morbillo 32

Parotite 34

Pediculosi 36

Pertosse 40

Rosolia 42

Scabbia 44

Scarlattina 46

Tubercolosi 48

Varicella 50

TERZA PARTE: L'AMBIENTE

Requisiti strutturali 54

Arredo 54

Giocattoli e giochi 55

Spazio Esterno 56

Pulizia 56

Allegato 1: Normativa di riferimento per l'ambiente scolastico 61

Allegato 2: Un gioco per ogni età 62

Allegato 3: Dieci regole per scegliere il giocattolo a misura di bambino 63

Allegato 4: Piano di pulizie 64

QUARTA PARTE: ALCUNE INDICAZIONI PER GLI OPERATORI SCOLASTICI SU SINTOMI E MALATTIE PIÙ FREQUENTI

Asma 68

Congiuntivite 69

Otalgia (mal d'orecchio) 70

Tosse 71

Febbre 72

Diarrea 73

Diabete 74

Convulsioni febbrili 75

Allergie Alimentari 76

APPENDICE: LA PREVENZIONE NEI PRIMI ANNI DI VITA: CAMPAGNA GENITORIPIÙ 80

BIBLIOGRAFIA 89

PRESENTAZIONE

La salute, secondo l'OMS e la Carta di Ottawa del 1986, viene definita come uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e conseguentemente consiste in quel "complesso di azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui di prendersi cura della propria persona, ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali ed economici, in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo, da parte dei singoli e della comunità, dei determinanti della salute".

D'altro lato non vi è dubbio che la scuola rappresenti un ambito ideale per radicare la cultura della salute e della sicurezza, non tanto come regole astratte o norme prescrittive da seguire e rispettare, bensì come stili di vita da seguire in tutti i contesti sociali, ivi compresi gli ambienti educativi. Anche la scuola, come il sistema sanitario regionale, è pienamente coinvolta in questo processo di accompagnamento ed educazione della comunità, dei genitori, degli alunni nella costruzione di condizioni favorevoli di tutela e promozione della salute di ciascuno e della collettività.

La presente pubblicazione risponde agli obiettivi internazionali e nazionali, comuni anche al sistema scolastico e al sistema sanitario nazionale, ed è arricchita dalla complessa esperienza delle strutture competenti in materia di sicurezza e di prevenzione al fine di fornire alle istituzioni scolastiche e agli operatori socio-sanitari una guida per la gestione delle situazioni di sanità pubblica e, più in generale, per garantire una efficace comunicazione con le famiglie su temi inerenti la prevenzione delle malattie infettive nella comunità infantile e scolastica.

Come tale questo manuale si presenta come una guida per gli interventi operativi, sulla base di una breve descrizione delle varie situazioni e di una conseguente serie di strumenti che vengono messi a disposizione delle singole istituzioni scolastiche e delle comunità infantili.

Tale sforzo, ci si augura, permetterà il consolidamento di azioni regionali coordinate tra scuola e sanità sul tema della gestione delle malattie infettive nonché un approccio più coordinato a beneficio dei singoli cittadini, destinatari e fruitori dei servizi.

Assessore alla Sanità
Luca Coletto



Direttore generale USR
Carmela Palumbo



PREMESSA

Le malattie infettive costituiscono da sempre uno dei principali problemi di Sanità Pubblica; i più colpiti sono i bambini sia perché il loro sistema immunitario è immaturo, sia perché la socializzazione con altri bambini favorisce la diffusione di agenti patogeni.
Le più recenti acquisizioni hanno evidenziato come la prevenzione di molte infezioni si debba fondare non solo sulle misure di controllo dei casi, ma anche sull'adozione routinaria di corretti comportamenti individuali e collettivi indipendentemente dall'insorgenza di casi di malattia.
È necessario ricordare che tutta la normativa riguardante la medicina scolastica risale agli anni antecedenti alla istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (DPR 22 dicembre 1967 n. 1518) e da allora è cambiato il contesto epidemiologico, sono state inserite alcune modifiche alla norma precedente, è scomparsa la figura del Medico Scolastico sostituita in parte dal Pediatria di Libera Scelta, in parte dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e dai Distretti Socio-Sanitari, in parte dal Servizio di Emergenza, ciascuno per la propria specifica competenza.
Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende Ulss compete la tutela della salute collettiva ed in particolare la sorveglianza sanitaria e la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità.
Per un efficace controllo delle malattie infettive nelle comunità è necessaria una corretta comunicazione e collaborazione tra tutti gli attori: operatori sanitari, genitori, insegnanti, responsabili della collettività.



PRIMA PARTE:
INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE



PROCEDURE DI AMMISSIONE

Certificato medico

Il certificato medico che attesti l'assenza di malattia infettiva all'atto dell'iscrizione all'asilo nido o scuola dell'infanzia è di dubbia utilità, perché certifica l'assenza di malattia infettiva solo nel momento della visita medica. Pertanto, per l'inserimento del bambino in collettività, non è necessario un certificato medico attestante le buone condizioni generali. E' invece opportuno che il Responsabile della collettività sia messo a conoscenza di particolari condizioni di salute del minore (ad esempio diabete, cardiopatie, fibrosi cistica, celiachia, asma grave, allergie gravi, malattie psichiche) che possano richiedere interventi o particolari attenzioni da parte degli operatori scolastici.
(Si veda l'Allegato 1: Modello di domanda d'iscrizione)

Vaccinazioni

E' auspicabile che tutti i bambini al momento dell'inserimento in comunità abbiano ricevuto le vaccinazioni previste dal calendario regionale e che queste siano regolarmente aggiornate.

Pur essendo stato sospeso l'obbligo vaccinale per l'età evolutiva con la Legge della Regione Veneto del 23 marzo 2007 n. 7, all'atto dell'iscrizione i genitori dovranno presentare documentazione sulle avvenute vaccinazioni (fotocopia del cartellino delle vaccinazioni, fotocopia libretto pediatrico, certificato di vaccinazione) o autodichiarazione accompagnata dall'indicazione del Servizio vaccinale di residenza (D.P.R. 20.10.98, n. 403).
Il bambino non vaccinato, ai sensi dell' art. 47 del DPR n. 355 del 26.01.1999, può frequentare la collettività; tuttavia, al verificarsi di particolari situazioni epidemiologiche, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica , quale misura di prevenzione, potrà consigliare il temporaneo allontanamento dei bambini non vaccinati.

Altra documentazione

All'atto dell'iscrizione i genitori dovranno:
1) indicare i nominativi ed i recapiti delle persone che potranno essere contattate dalla scuola in caso di necessità o urgenza;
2) rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.
Tali dati saranno utilizzati dalla scuola per il normale espletamento della attività e, se richiesti per esigenze di Sanità Pubblica al verificarsi di determinate malattie, potranno essere forniti alle strutture sanitarie perché possano essere garantite le misure di profilassi più opportune a tutti i frequentanti la collettività.
(si veda l'allegato 1: Modello di domanda d'iscrizione)

MISURE DI PREVENZIONE EFFICACI PER IL CONTROLLO DELLE PRINCIPALI MALATTIE INFETTIVE A SCUOLA

Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica garantisce nelle scuole interventi di controllo delle malattie infettive tempestivi ed uniformi basati sull'adozione di misure di comprovata efficacia, misure che sono state individuate e rese operative anche in altri Paesi quali Stati Uniti, Inghilterra, Francia, Australia.
In coerenza con le indicazioni internazionali e con le più recenti acquisizioni scientifiche, sono quindi stati elaborati specifici protocolli di intervento per gestire al meglio ogni singola malattia infettiva.
Nella Tabella 1 sono schematicamente indicati, per ciascuna malattia infettiva, la gravità, il rischio di diffusione e gli interventi che si sono dimostrati efficaci nel controllarle e limitarne la diffusione nelle collettività infantili. Informazioni più dettagliate sono contenute nelle schede delle singole malattie (si veda la SECONDA PARTE del documento).

Tabella 1. Gravità, rischio di diffusione e misure di prevenzione efficaci delle principali malattie infettive.

MALATTIA	GRAVITÀ	RISCHIO DI DIFFUSIONE NELLA SCUOLA	PREVENZIONE	PROFILASSI POST ESPOSIZIONE, ALTRE MISURE DI PREVENZIONE E PROVVEDIMENTI NELLA SCUOLA/COLLETTIVITÀ
Diarree infettive	Moderata	Molto basso	Misure generali	Casi isolati: non vi sono interventi efficaci nella scuola. Interventi complessi in caso di epidemie differenziati a seconda delle scuole. Informazioni ai genitori.
Epatite A	Grave	Molto basso Basso	Misure generali	Vaccinazione di emergenza differenziata a seconda delle scuole. Informazione ai genitori.
Epatite B	Molto grave	Molto basso	Vaccinazione di tutti i nuovi nati	Valutazione delle persone esposte a particolari rischi. Non vi sono interventi efficaci. Informazione ai genitori.
Influenza	Grave	Molto alto	Misure di prevenzione della diffusione aerea. Vaccinazione di bambini con patologie e del personale.	In occasione dell'epidemia informazione diretta o tramite mass-media. Informazione ai genitori.
Meningite meningococcica	Molto grave	Basso	Vaccinazione di tutti i nuovi nati	1. Profilassi antibiotica di emergenza entro 48 ore, differenziata a seconda delle scuole. 2. Informazione dei genitori delle altre classi.
Meningite da Hemophilus influenzae	Molto grave	Molto basso	Vaccinazione di tutti i nuovi nati	Profilassi antibiotica d'emergenza (entro 48 ore) dei bambini non vaccinati e del personale degli asili nido. Informazione ai genitori.
Altre meningiti batteriche	Molto grave	Molto basso	Vaccinazione di tutti i nuovi nati (solo alcuni ceppi di pneumococco)	Informazione ai genitori.
Meningiti virali	Intermedia	Molto basso	Misure generali	Non vi sono interventi efficaci da attuare nella scuola.
Mononucleosi	Lieve – intermedia	Molto basso	Misure generali	Non vi sono interventi efficaci da attuare nella scuola.
Morbillo	Molto grave	Molto alto	Vaccinazione di tutti i nuovi nati	Vaccinazione d'emergenza entro 72 ore nella scuola delle persone non protette. Informazione ai genitori.
Parotite	Moderata	Medio/alto	Vaccinazione di tutti i nuovi nati	Non vi sono interventi efficaci da attuare nella scuola.
Pediculosi	Lieve	Medio	Informazione ed educazione sanitaria	Informazione ai genitori. Gestione diversificata delle epidemie importanti e prolungate per individuarne le cause.
Pertosse	Grave – moderata	Alto	Vaccinazione di tutti i nuovi nati	Profilassi antibiotica o vaccinale di emergenza differenziata a seconda delle scuole. Informazione ai genitori.
Rosolia	Lieve – grave la forma congenita-donne in gravidanza	Molto alto	Vaccinazione di tutti i nuovi nati Vaccinazione del personale femminile non protetto	Informazione al personale scolastico. Non vi sono interventi efficaci da attuare nella scuola.
Salmonellosi	Lieve – moderata	Basso	Misure generali	Casi isolati: non vi sono interventi efficaci da attuare nella scuola. Interventi complessi in caso di epidemie differenziati a seconda delle scuole.

Continua Tabella 1.

MALATTIA	GRAVITÀ	RISCHIO DI DIFFUSIONE NELLA SCUOLA	PREVENZIONE	PROFILASSI POST ESPOSIZIONE, ALTRE MISURE DI PREVENZIONE E PROVVEDIMENTI NELLA SCUOLA/COLLETTIVITÀ
Scabbia	Lieve	Molto basso Basso	Misure generali	Interventi differenziati a seconda della scuola/collettività.
Scarlattina e le altre malattie da streptococco beta emolitico	Moderata	Medio	Misure di prevenzione della diffusione aerea	Ricerca e trattamento dei portatori in epidemie documentate con situazioni ad alto rischio.
Tossinfezioni alimentari	Dipende dall'agente etiologico	Alto se consumo dello stesso alimento	Misure generali per la manipolazione dei cibi	Informazione alle famiglie e inchiesta epidemiologica. Correzioni nella manipolazione e conservazione degli alimenti.
Tubercolosi	Grave	Medio/basso Differenziato a seconda delle fasce scolastiche	Misure generali	Screening ed eventuale chemioprofilassi antibiotica. Informazione ai genitori.
Varicella	Lieve	Alto	Vaccinazione di tutti i nuovi nati	Non vi sono, nella attuale situazione epidemiologica, interventi utili da attuare nella scuola.






ALLONTANAMENTO

Le malattie infettive possono diffondersi nella collettività con tempi e modalità diverse a seconda dell'agente infettivo; l'allontanamento del bambino dalla frequenza della comunità (scuola, asilo nido, baby-parking), consente di limitare la trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettivo.
I genitori non devono accompagnare il figlio all'asilo nido o a scuola quando presenta sintomi di malattia acuta in atto: febbre a 38° C o più, vomito, diarrea, manifestazioni cutanee, congiuntivite, parassitosi.
Qualora insorga una malattia acuta o si verifichi un trauma durante l'attività scolastica, il Responsabile o suo delegato avvisa tempestivamente il genitore o l'adulto di riferimento delegato affinché provveda al rientro in famiglia o al trasporto presso strutture sanitarie. In caso di aggravamento delle condizioni del bambino e in caso di irreperibilità del genitore o dell'adulto di riferimento delegato, potrà essere attivato il Servizio di Emergenza 118.

Il Responsabile della collettività o suo delegato, in base alla sintomatologia del bambino e qualora lo ritenga necessario, può disporne l'allontanamento (D.P.R. 22.12.1967, n. 1518, art. 40).
L'allontanamento può essere disposto anche per gli operatori della collettività se manifestano sintomi di malattia infettiva durante l'espletamento dell'attività.

È utile che l'allontanamento sia confermato con il modulo allegato (Allegato 2: Fac-simile "allontanamento").
Sono state individuate nella seguente tabella (Tabella 2) le condizioni per le quali il Responsabile della comunità infantile può disporre l'allontanamento.
Si sottolinea come le indicazioni riportate in tabella siano orientative; la valutazione deve essere comunque globale e considerare lo stato di malessere soggettivo del bambino e la salute della collettività.

Tabella 2. Schema riassuntivo delle condizioni per le quali è previsto l'allontanamento dalla comunità.

ETÀ	FEBBRE E MALESSERE	DIARREA	ESANTEMA O ERUZIONI CUTANEE	CONGIUNTIVITE PURULENTA	VOMITO	VESCICOLE ALLA BOCCA	PEDICULOSI
3 mesi 5 anni (asilo nido scuola dell'infanzia)	Se > o = a 38° C (temp. esterna)	Se > o = a 3 scariche liquide in 3 ore	Se di esordio improvviso e non altrimenti motivato da patologie preesistenti	Sì, in caso di occhi arrossati e secrezione purulenta	In caso di vomito ripetuto	Sì, se due o più con salivazione	Sì, in presenza di pidocchi e lendini
6-10 anni (scuola primaria)	No, se non altra sintomatologia	Se senza controllo sfinteri	Sì, se non altrimenti motivato	No	No	No	Sì, in presenza di pidocchi e lendini
11-13 aa (scuola secondaria di l° grado)	No, se non altra sintomatologia	No	Sì, se non altrimenti motivato	No	No	No	Sì, in presenza di pidocchi e lendini
14-19 aa (scuola secondaria di 2° grado)	No, se non altra sintomatologia	No	Sì, se non altrimenti motivato	No	No	No	Sì, in presenza di pidocchi e lendini

Devono essere presi in considerazione anche altri segni o sintomi di possibili malattie importanti: il bambino appare stranamente stanco o presenta pianto persistente o ha una tosse continua, irritabilità non giustificata, o lamenta dolore addominale persistente o presenta altri segni inusuali.
Non vanno esclusi dalla frequenza scolastica i portatori cronici di virus a trasmissione parenterale (epatite B, epatite C), i bambini con infezione da HIV e i bambini con positività (portatori asintomatici) a germi patogeni usuali (es. salmonella, streptococco).
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.

In attesa dell'allontanamento:
- tenere il bambino separato, in luogo confortevole, non a diretto contatto con i compagni;
- evitare i contatti ravvicinati (< o = 100 cm) e bocca-bocca;
- utilizzare guanti monouso nell'accudire il bambino.

Misure particolari di allontanamento e riammissione potranno essere previste in caso di epidemia nella comunità o nella scuola.
Nella eventualità di dubbi sul tipo di malattia infettiva o in presenza di numerosi casi che facciano sospettare una epidemia il Responsabile o suo delegato contatta il Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS, per i provvedimenti del caso.
Sarebbe auspicabile che in caso di malattia infettiva, i genitori del bambino ammalato comunicassero al Responsabile della collettività, anche telefonicamente, la diagnosi effettuata dal curante. Ciò al fine di poter garantire l'avvio tempestivo degli interventi preventivi necessari nella scuola.

ASSENZA PER MALATTIA E RIAMMISSIONE ALLA FREQUENZA SCOLASTICA

Qualunque assenza per malattia della durata superiore a cinque giorni consecutivi, con rientro quindi dal settimo giorno in poi (compresi sabato, domenica, festivi) necessita di certificato medico che attesti l'idoneità alla frequenza scolastica (D.P.R. 22.12.1967, n. 1518, art. 42 e dpr 314/90 art. 19); ciò significa che per 5 giorni di assenza non è richiesto il certificato, mentre per 6 giorni di assenza è richiesto il certificato.
Le assenze per motivi non di salute non richiedono il certificato di riammissione, purché la famiglia abbia informato, precedentemente, il personale della scuola.

I bambini che sono stati allontanati dall'asilo nido o dalla scuola per sospetta malattia, se assenti fino a 5 giorni, sono riammessi su autodichiarazione del genitore che attesti di essersi attenuto alle indicazioni del curante per il rientro in collettività (Allegato 3: Fac-simile "Autodichiarazione").
In caso di allontanamento per febbre il bambino deve essere tenuto in osservazione per almeno 24 ore prima del rientro.
In linea generale per la riammissione alla frequenza delle comunità della prima infanzia non è sufficiente l'assenza di sintomi di malattia, bensì è necessario che il bambino si sia ristabilito al punto da poter partecipare adeguatamente alle attività scolastiche e non richieda cure particolari che il personale non sia in grado di garantire senza pregiudicare l'assistenza agli altri bambini.

Il bambino con Pediculosi può essere riammesso in comunità il giorno dopo l'avvio di idoneo trattamento disinfestante, autodichiarato dal genitore.

Non vi sono controindicazioni alla frequenza per i bambini che portano apparecchi gessati, ortopedici, protesici o presentano punti di sutura.

Tabella 3. Periodo minimo di allontanamento dalla comunità infantile e scolastica per le principali e più frequenti malattie infettive (elaborazione tratta dalla Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998 "Misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica", da Epicentro dell'ISS, da Red Book XXVIII Edizione)

MALATTIA INFETTIVA	PERIODO MINIMO DI ALLONTANAMENTO DALLA COMUNITÀ
Campilobacteriosi	Fino a guarigione clinica (feci composte) o dopo almeno 3 giorni di terapia con macrolide.
Congiuntivite purulenta	Sino a 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico.
Congiuntivite non purulenta	Fino a guarigione clinica.
Diaree infettive	Fino a 24 ore dopo l'ultima scarica diarroica e riammissione a guarigione clinica (feci formate).
Epatite A	Fino ad una settimana dalla comparsa dell'ittero.
Epatite B	Nessuno.
Epatite C	Nessuno.
Epatite E	Fino a 14 giorni dall'esordio.
Febbre tifoide e paratifoide	Fino a negatività di 3 coprocolture, eseguite a giorni alterni dopo almeno 48 ore dalla fine del trattamento antibiotico.
Guardia lamblia	Fino a guarigione clinica (feci formate) o al completamento della terapia.
HIV	Nessuno.
Herpes simplex	Nessuno. In caso di gengivostomatite e mancato controllo delle secrezioni salivari, il bambino deve essere allontanato.
Herpes zoster (Fuoco di Sant'Antonio)	Fino all'essiccamento delle vescicole.
Infezioni da citomegalovirus	Nessuno.
Impetigine	Fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento antibiotico (coprire le lesioni).

Continua Tabella 3

MALATTIA INFETTIVA	PERIODO MINIMO DI ALLONTANAMENTO DALLA COMUNITÀ
Influenza	Fino a guarigione clinica.
Malattia invasiva da HIB	Fino a 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico.
Malattia invasiva da Meningococco	Fino a 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico.
Meningite da Pneumococco	Nessuno.
Mollusco contagioso	Nessuno (coprire le lesioni).
Mononucleosi	Nessuno.
Morbillo	Fino a 5 giorni dalla comparsa dell'esantema.
Ossiuriasi	Per almeno 24 ore e riammissione in collettività dal giorno successivo l'effettuazione della terapia.
Parotite epidemica	Fino a 9 giorni dalla comparsa della tumefazione parotidea.
Pediculosi	Fino al giorno successivo al trattamento.
Pertosse	Fino a 5 giorni dall'inizio dell'idoneo trattamento antibiotico. Fino a 3 settimane se non è stato eseguito.
Quinta malattia – Eritema infettivo (Parvovirus B 19)	Nessuno.
Rosolia	Fino a 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.
Rotavirus	Fino a guarigione clinica (scomparsa del vomito e feci formate).
Salmonellosi minori	Fino a guarigione clinica (feci formate) non è richiesta l'effettuazione di coprocolutura.
Scabbia	Fino al giorno successivo al completamento del trattamento.
Scarlattina e altre infezioni da streptococco beta emolitico di gruppo A	Fino a 48 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica.
Sesta malattia – Roseola (Herpes virus umano tipo 6 e 7)	Nessuno.
Shigellosi	Allontanamento fino al completamento della terapia antibiotica (almeno 5 giorni), alla scomparsa della diarrea (feci formate) e dopo che 2 esami coprocolturali, effettuati a 24 ore di distanza l'uno dall'altro ed almeno dopo 48 ore dall'assunzione dell'ultima dose dell'antimicrobico, siano risultati negativi.
Sindrome mano-bocca-piede, stomatite vescicolare con esantema (coxackievirus A 16; enterovirus 71 ed altri)	Fino a guarigione clinica.
Tigna (dermatomicosi-dermatofitosi)	Nessuno.
Tubercolosi bacillifera	Fino a 3-4 settimane dall'inizio di trattamento efficace (esclusi casi multifarmacoresistenti).
Tubercolosi non bacillifera	Nessuno.
Varicella	Fino a 5 giorni dall'inizio dell'eruzione o fino all'essiccamento delle vescicole.
Verruche	Nessuno (coprire le lesioni in palestra e piscina).

In generale non è necessario l'allontanamento dei bambini e del personale asintomatico, anche se portatore cronico od occasionale di germi patogeni (HIV, epatite B, epatite C, Giardia Lamblia, Streptococco beta emolitico di gruppo A, Salmonella).

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA D'ISCRIZIONE

Nelle sezioni numerate l'impostazione e la scelta del testo sono a cura delle singole Istituzioni Scolastiche. Si consiglia di utilizzare il formato A3 (con testo disposto su 4 facciate A4) in modo da avere un unico documento da far sottoscrivere ai genitori e da consegnare loro in copia, anche per ottemperare a quanto previsto dagli artt. 7 e 13 del D.Lgs. 196/2003.

Sez. 1 - Intestazione dell'Istituzione Scolastica

DOMANDA D'ISCRIZIONE
alla Scuola _____

Sez. 2 - Generalità dei genitori richiedenti

CHIEDONO
l'iscrizione del proprio figlio/a alla Classe ___ della Scuola _____ per l'a.s. _____

Sez. 3 - Richiesta dei tempi-scuola, opzioni, indirizzi, rientri pomeridiani, servizio mensa, trasporto scolastico, ecc.

Sez. 4 - Richiesta/scelta di avvalersi o non avvalersi dell'Insegnamento della Religione Cattolica/Attività Alternative all'I.R.C.

A tal fine dichiarano, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevoli delle resposabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazione mendace, che:

l'alunn__ _____ Codice Fiscale _____
- è nat__ a _____ (___) il ___/___/___
- è cittadino ☐ italiano ☐ altro (indicare nazionalità) _____
- è residente a _____ (___), in Via/Piazza _____ n.____
- tel. _____ cell. _____ e-mail _____
- è stato sottoposto alle vaccinazioni previste dalla normativa vigente SI ☐ NO ☐

Sezione la cui compilazione da parte dei genitori è facoltativa

- è affetto dalle seguenti malattie croniche - Indicare il Medico Curante _____ tel. _____

Dichiarano inoltre che il nucleo familiare, oltre all'alunno, è composto da:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

RAPPORTI SCUOLA - FAMIGLIA

Durante l'orario scolastico, per improvvise necessità (malori, incidenti o altro), può capitare all'insegnante di dover riconsegnare con urgenza l'alunno alla famiglia.
Poichè la scuola non dispone di personale e di autovetture e non può assumere iniziative in merito senza l'assenso dei genitori, si chiede di indicare i nominativi ed i numeri di telefono delle persone che devono essere avvisate, perchè vengano a prendere l'alunno.

Cognome e nome	Telefono

Qualora i genitori o chi per essi, non abbiano alcuna possibilità di intervenire urgentemente, la scuola provvederà a trattenere l'alunno fino al loro arrivo o ad avvisare il 118 per il trasporto al Pronto Soccorso.

INFORMATIVA ex Art. 13 D.Lsg. 196/2003 per il trattamento dei dati personali degli alunni de delle loro famiglie:
Si desidera informare gli alunni e le loro famiglie che il D.Lsg. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone fisiche e giuridiche rispetto al trattamento dei dati personali.
Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà effettuato da questa Istituzione scolastica rispettando i principi di correttezza, liceità e trasparenza, nonchè di tutela della riservatezza e dei diritti degli alunni e delle loro famiglie.
Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, pertanto, si forniscono le seguenti informazioni:

1. Il titolare del trattamento è: nome, qualifica, recapiti, ...

2. Il responsabile del trattamento è: nome, qualifica, recapiti, ...

3. I dati personali forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'istituto, che sono quelle dell'istruzione e formazione degli alunni nonchè quelle amminiinistrative ad esse strumentali.

4. I dati potranno essere trattati anche con strumenti elettronici ed informatici e saranno memorizzati su supporti informatici, su supporti cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato "B" del D.Lgs. n. 196/2003.

5. Il conferimento dei dati che vengono richiesti è obbligatorio per consentire all'Istituto di adempiere a tutte le formalità inerenti alla gestione del fascicolo dell'alunno e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato perfezionamento della procedura di iscrizione e l'impossibilità di fornire all'alunno tutti i servizi necessari per garantire il suo diritto all'istruzione e alla formazione.

6. I dati personali "sensibili" o "giudiziari" forniti sono solo quelli indispensabili per lo svolgimento dell'attività istituzionale; il trattamento di tali dati è consentito da espressa disposizione di Legge nella quale sono specificati i tipi di dati che possono essere trattati e le operazioni eseguibili (i relativi riferimenti normativi sono a disposizione degli interessati presso la Segreteria dell'Istituto_____). I dati personali "sensibili"o "giudiziari" previsti non saranno oggetto di diffusione; potranno tuttavia essere comunicati ad altri soggetti pubblici se ed in quanto ciò si renda necessario per lo svolgimento delle attività istituzionali previste dalle vigenti disposizioni in materia sanitaria o giudiziaria.
Si ricorda che per "dati sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonchè i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale; i dati giudiziari sono quelli idonei a rivelare procedimenti e/o provvedimenti di natura giudiziaria.

7. Potranno venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di responsabili o incaricati: il Dirigente Scolastico, il Direttore dei Servizi Amministrativi, il personale addetto ai servizi amministrativi, gli Insegnanti.
8. Al titolare del trattamento o al responsabile ci si potrà rivolgere senza particolari formalità, per far valere i propri diritti, così come previsto dall'Art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 che si riporta integralmente in allegato alla presente.

DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
a) dell'origine dei dati personali;
b) delle finalità e modalità di trattamento;
c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionati rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:
I sottoscritti dichiarano di aver ricevuto completa informativa conforme agli artt. 7 e 13 del D.Lgs. n. 196/2003 ed esprimono il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati contenuti nella presente autocertificazione qualificati come personali dalla citata Legge, con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nonchè quelli che forniranno successivamente alla Scuola e quelli contenuti in immagini fotografiche e video realizzate dalla Scuola per scopi didattici, esclusivamente nell'ambito e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione.

Luogo, data

_____

Firma di entrambi i genitori (o di chi esercita la potestà)

_____

_____

ALLEGATO 2: FAC-SIMILE “ALLONTANAMENTO”

Intestazione della scuola

Ai Genitori

di……

Si informa che vostro/a figlio/a, in data odierna ha manifestato sintomi che sono incompatibili con la frequenza della collettività e pertanto si chiede di contattare il Medico curante.

Nel caso in cui il bambino rientri a scuola/asilo nido prima del 6° giorno di assenza è necessario produrre l’allegata autodichiarazione che attesti di essersi attenuti alle indicazioni del curante per il rientro in collettività.

Nel caso in cui il bambino sia assente per 6 o più giorni, è necessario produrre il certificato del Medico curante che attesti l’idoneità alla frequenza.

Il Dirigente Scolastico
o suo delegato

ALLEGATO 3: FAC-SIMILE “AUTODICHIARAZIONE”

AUTODICHIARAZIONE AI FINI DELLA RIAMMISSIONE DOPO L’ALLONTANAMENTO

Io sottoscritto/a _____
residente a _____
indirizzo _____
genitore di _____
allontanato dall’asilo/scuola/baby-parking in data _____
dichiaro di aver contattato il Medico curante e di essermi attenuto/a alle sue indicazioni per quanto riguarda la terapia ed il rientro in comunità.

Pertanto, il bambino può frequentare l’asilo nido/la scuola/il baby-parking a partire dalla data odierna.

Firma _____

Data _____

ALLEGATO 4: DGR N. 411 DEL 26.02.2008

REGIONE DEL VENETO

Giunta regionale – 8ª legislatura
Dgr n. 411 del 26.02.2008

	OFFERTA ATTIVA E GRATUITA									OFFERTA GRATUITA	
Vaccino	**Nascita**	**3° mese[1]**	**5° mese**	**13° mese**	**14° mese**	**15° mese**	**6° anno**	**12° anno**	**15° anno**	**65 anni**	**>65 anni**
DTP		DTaP	DTaP	DTaP			DTaP		dTap		
Tetano										Tetano[2]	
IPV		IPV	IPV	IPV			IPV				
Epatite B	HB[3]	HB	HB	HB							
Hib		Hib	Hib	Hib							
MPRV					MPRV		MPRV				
Varicella[5]									Varicella		
PCV[6]		PCV	PCV			PCV					
Mec C[7]				Men C			Men C		Men C		
HPV[8]								HPV			
PV Polivalente[9]										PV 23valente	
Influenza[10]										Influenza	Influenza

Legenda:
DTaP: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare.
IPV: vaccino antipolio inattivo.
Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzæ b.
PCV: vaccino antipenumococcino coniugato.
Men C: vaccino antimeningococco C coniugato.
HB: vaccino antiepatite B.
MPRV: vaccino tetravelente antimorbillo-parotite-rosolia-varicella.
dTap: vaccino difterite-tetano-pertosse per adulti.
HPV: vaccino antipapillomavirus.
PV 23valente: vaccino antipneumococcico 23valente.

Note alla Tabella:
Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8ª settimana di vita fino alla 12ª settimana di vita.
L'offerta della vaccinazione sarà orientata in via prioritaria ai soggetti con anamnesi negativa per vaccinazione antitetanica (ciclo completo).
Nei nati da madre HbsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG). Il ciclo vaccinale va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima sommnistrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11° mese (può coincidere con la 3ª dose del ciclo normale).
La seconda dose della vaccinazione MPRV nel corso del 6° anno di età partirà dall'anno 2011 per la coorte di nascita 2005. Fino al 2010 prosegue come da prassi la somministrazione della seconda dose del vaccino MPR.
Programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella.
Vaccino pneumococcico coniugato: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; vaccinazione dei nuovi nati come da specifico programma regionale.
Offerta attiva e gratuita di un'unica dose a tre coorti di età: 13° mese, 6° anno e 15° anno.
Gruppo target per il 2008: coorte di ragazze nate nel 1996 e nel 1997. La coorte del 1997 potrà essere oggetto di convocazione anche nell'anno successivo. Il ciclo vaccinale prevede 3 dosi (0, 2, 6 mesi).
Unica somministrazione ai 65enni.
Offerta gratuita di una dose di vaccino antinfluenzale all'inizio di ogni stagione influenzale secondo le indicazioni specificate annualmente dalla Circolare Ministeriale, con particolare attenzione all'età pediatrica e alle varie categorie a rischio.

N.B. si precisa che rimangono valide le indicazioni per l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni alle categorie a rischio previste dalle specifiche normative nazionali e regionali.

ALLEGATO 5: NORMATIVA PER LE COMUNITÀ INFANTILI

D.P.R. 22.12.1967, n. 1518: Regolamento per l'applicazione del titolo III del D.P.R. 11.2.1961, n. 264, relativo ai servizi di medicina scolastica

Decreto del Ministero della Sanità 15/12/90 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive"

Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998 "Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e contatti"

DGRV n. 377 del 11/03/1997 "Linee guida per il controllo della scabbia nella Regione Veneto"

Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita" del 13/11/2003

DGRV n. 2053 del 03/07/2007 "Nuove linee guida per il controllo della Tubercolosi"

DGPREV.V/13056/P/I.4.5.a.9/2009/10 del 16.03.2009 "Aggiornamentodelleraccomandazioni sulla gestione dei contatti e della Tubercolosi in ambito assistenziale"

DGPREV 0023620-P-20/05/2010 "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi: politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata"

DPR n° 355 del 26.01.1999 "Regolamento recante modificazioni al DPR 1518/67 in Materia di vaccinazioni obbligatorie"

Atto di raccomandazioni MIUR/Ministero della Salute del 25 novembre 2005 "Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza degli studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico"

D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

Legge Regionale n. 7 del 23 marzo 2007 "Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva"

Piano Nazionale Vaccini 2005-2007

Deliberazione della Giunta n. 411 del 26.02.2008 "Approvazione del Calendario Vaccinale della Regione Veneto"

Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

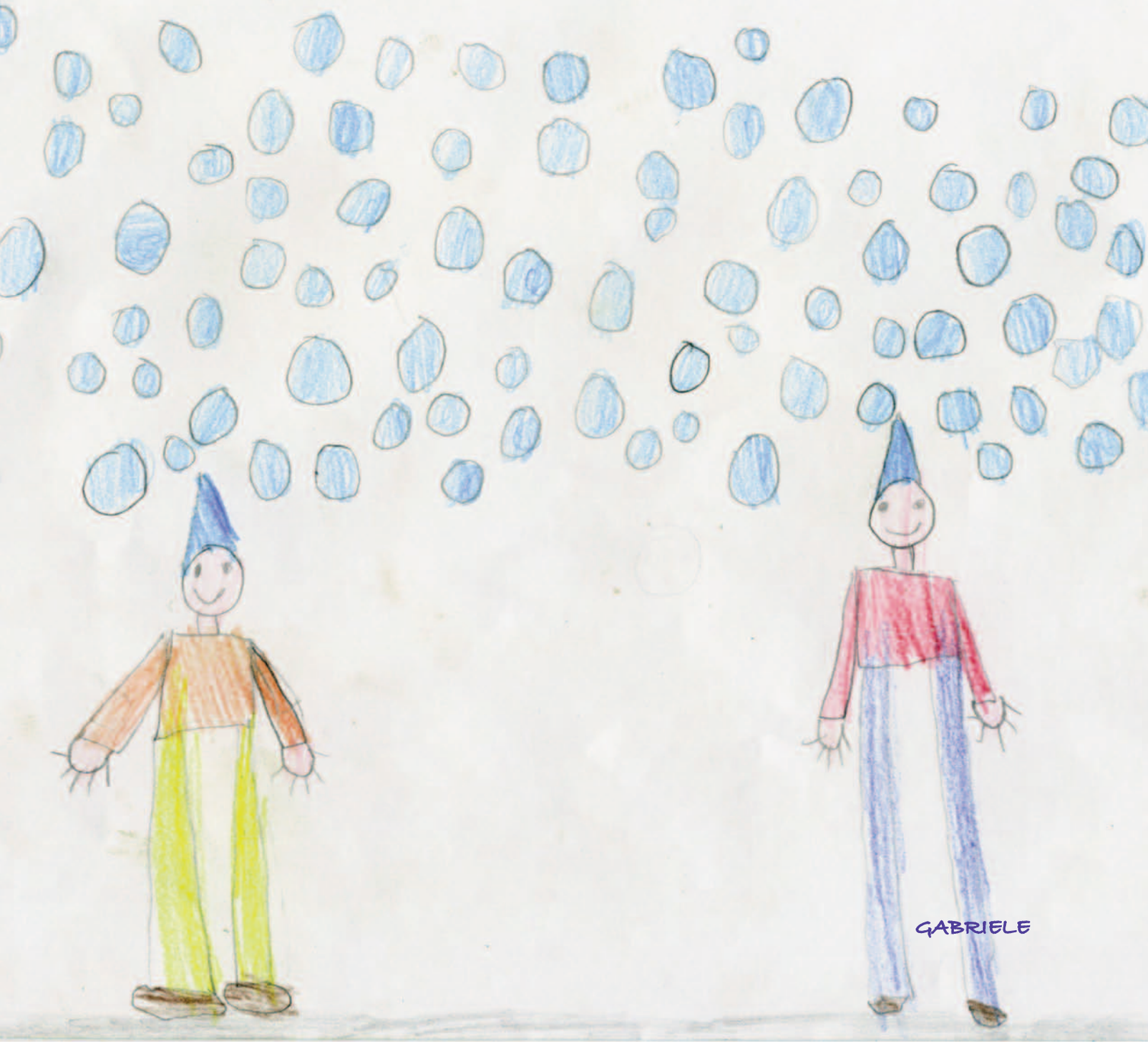
Decreto Ministeriale n. 305 del 7 dicembre 2006 "Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero della Pubblica Istruzione, in attuazione degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Autorizzazione del Garante per la Protezione dei dati personali al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale n. 2/2004

SECONDA PARTE:
LE MALATTIE INFETTIVE

Le malattie infettive nelle scuole e nelle comunità:

COSA SONO
COME SI DIFFONDONO
COME PREVENIRLE
COSA FARE





EPATITE A



L'Epatite A è una malattia infettiva causata da un virus che colpisce il fegato.
Spesso è asintomatica, soprattutto nei bambini piccoli, altre volte si manifesta con malessere generale, febbre, nausea, mancanza di appetito, senso di affaticamento, dolori addominali, cefalea, diarrea. Dopo pochi giorni compaiono ittero (colorazione gialla della cute) ed urine scure. La fase itterica può durare 1-10 settimane, in media dura 6 settimane.
La malattia ha in genere un decorso benigno, non cronicizza e non dà luogo a portatori sani.

Trasmissione:
da persona a persona per contaminazione fecale e ingestione orale (via **oro-fecale** o tramite alimenti e bevande contaminate). Gli alimenti più a rischio sono i molluschi e altri cibi che siano mangiati crudi o non sufficientemente cotti o che siano stati contaminati durante la preparazione.

Incubazione:
da 15 a 50 giorni, in media 28 giorni.

Contagiosità:
massima 1-2 settimane prima dell'inizio dei sintomi della malattia, fino a 1 settimana dopo la comparsa dell'ittero. In alcuni casi può essere più prolungata.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto basso/basso. E' maggiore nelle comunità della prima infanzia dove sono più stretti i contatti interpersonali.

Massima contagiosità da 1–2 settimane prima dell'esordio dei sintomi fino a 1 settimana dopo la comparsa dell'ittero. Alcuni studi hanno dimostrato escrezione virale fino a 6 mesi dopo la comparsa dell'ittero in neonati e bimbi piccoli.

Azioni preventive:vaccinazione (due dosi di vaccino a distanza di 6–12 mesi), dei bambini a rischio di infezione; misure igieniche generali e personali (pulizia delle mani dopo il cambio dei pannolini negli asili); controllo delle attività di approvvigionamento, preparazione e distribuzione di alimenti e bevande.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: allontanamento dalla comunità per almeno una settimana dopo la comparsa dell'ittero.
Rinforzo delle norme igieniche, con osservanza di scrupolose misure atte a prevenire nuovi casi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: nelle comunità della prima infanzia proporre la vaccinazione ai conviventi e contatti e al personale impegnato nell'assistenza dei bambini. La somministrazione di vaccino entro 8 giorni dall'esposizione ha mostrato un'efficacia di oltre l'80% nella prevenzione della malattia.
Sorveglianza sanitaria per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (es. consumo alimenti).

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'eventuale segnalazione del caso.



Su richiesta del Servizio Igiene e Sanità Pubblica fornire l'elenco nominativo dei contatti scolastici e relativo recapito telefonico.



Distribuire una lettera di comunicazione ai genitori predisposta dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (se necessario).



Concordare con il Servizio Igiene Pubblica l'eventuale effettuazione di riunioni informative o interventi di educazione sanitaria.



Pulire e disinfettare i bagni.



Lavaggio accurato delle mani dopo ciascun cambio di pannolini e prima del consumo dei pasti.



Pulire e disinfettare i giochi.

Cosa devono fare i genitori:

attenersi a precise e scrupolose norme igieniche come il lavaggio accurato delle mani, la disinfezione dei bagni, l'uso di biancheria personale.

Appunti:



EPATITE B



L'Epatite B è una malattia infettiva causata da un virus che colpisce il fegato. La malattia si manifesta con malessere generale, febbre, nausea, inappetenza e astenia profonda. Dopo qualche giorno compare l'ittero, ossia la colorazione gialla della pelle e delle sclere, ed anche le urine assumono un colore giallo scuro.
Nella maggior parte dei casi la malattia guarisce lasciando nel sangue la presenza di anticorpi. In alcune persone può diventare cronica ed evolvere in cirrosi epatica.
In una percentuale di casi l'infezione decorre anche senza manifestare sintomi.
Alcuni soggetti possono diventare "portatori sani" e trasmettere la malattia.

Trasmissione:
- contatto con sangue e liquidi biologici infetti, attraverso ferite, punture, trasfusioni o piccole lesioni della pelle;
- per via sessuale;
- attraverso la placenta dalla madre infetta al figlio oppure comunque nel periodo perinatale durante il travaglio e il parto.

Incubazione:
da 45 giorni a 6 mesi (mediamente 60-90 giorni).

Contagiosità:
inizia alcune settimane prima del manifestarsi dei sintomi e può permanere a lungo.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto basso.
Attualmente in Italia la quasi totalità dei bambini è vaccinata.

Azioni preventive: la vaccinazione anti-Epatite B è inserita nel calendario vaccinale e viene effettuata nel 1° anno di vita. È inoltre offerta gratuitamente anche a determinate categorie di persone che per il tipo di lavoro che svolgono o per particolari stili di vita sono considerate "a rischio di infezione".

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: adozione di comportamenti assistenziali adeguati ad evitare la diffusione della malattia (uso di guanti monouso per il trattamento di qualsiasi ferita e comunque in caso di esposizione a sangue e liquidi biologici).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: offerta della vaccinazione ai conviventi e partner sessuali di soggetti "portatori".

N.B. l'Epatite B può essere trasmessa dalla madre infetta al feto durante la gravidanza, pertanto ai neonati da madre portatrice viene praticata alla nascita la vaccinazione contro l'Epatite B contemporaneamente alla somministrazione di immunoglobuline specifiche.

Cosa deve fare la scuola:



Dotarsi di materiale monouso per le piccole medicazioni (guanti, garze, ecc).



Smaltire i rifiuti contaminati con materiali biologici (sangue, secrezioni, ecc.) separatamente dagli altri rifiuti.



Pulire e disinfettare le superfici contaminate da sangue o liquidi biologici con prodotti a base di cloro (varechina).

Cosa devono fare i genitori:

attenersi alle indicazioni del Pediatra o del Medico curante, fino alla riammissione in comunità.

Appunti:

INFLUENZA

L'influenza è una malattia infettiva virale contagiosa.
Si manifesta con brividi, mal di testa, malessere generale, dolori diffusi, tosse secca. Possono seguire mal di gola, congestione nasale, meno frequentemente congiuntivite, dolore addominale, nausea e vomito (soprattutto nei bambini).
Contrariamente a quanto si pensa, l'influenza è una malattia dalle possibili gravi complicanze prevalentemente a carico di persone con determinate patologie e degli anziani.

Trasmissione:
per via aerea attraverso goccioline salivari infette.

Incubazione:
da 1-3 giorni.

Contagiosità:
la presenza del virus nelle secrezioni cessa generalmente dopo una settimana.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto alto.

Azioni preventive: raccomandato il vaccino per i bambini con patologie preesistenti per prevenire possibili gravi complicanze. Adottare misure di igiene generale e respiratoria.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: astensione dalla frequenza della scuola fino a guarigione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: nessun provvedimento.

Cosa deve fare la scuola:

Promuovere comportamenti corretti come:
1 - lavarsi spesso le mani con acqua e sapone;
2 - coprire la bocca e il naso con un fazzoletto in caso di tosse o starnuti;
3 - non scambiare oggetti o cibo con i compagni;
4 - non toccarsi occhi, naso o bocca con le mani non lavate;
5 - non stare vicino a chi presenta sintomi di influenza.



Aerare i locali.



Promuovere la vaccinazione per il personale scolastico.

Cosa devono fare i genitori:

attenersi alle indicazioni del Medico curante.

REGIONE DEL VENETO

INFLUENZA

5 semplici regole da seguire

1. Lavati spesso le mani con acqua e sapone e conta fino a 20 prima di smettere

2. Copri la bocca ed il naso con un fazzoletto di carta quando tossisci o starnutisci e poi fai subito centro nel cestino

3. Non scambiare gli oggetti o il cibo con i tuoi amici (penne, matite, bicchieri, posate, merendine, etc.)

4. Non toccarti gli occhi, il naso o la bocca con le mani non lavate: il virus dell'influenza passa da lì

5. Fai attenzione, il virus dell'influenza è campione di salto in lungo: non stare vicino a chi ha i sintomi

Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

MENINGITE BATTERICA

La Meningite Batterica è una infezione molto grave a carico delle meningi, membrane che avvolgono il cervello e il midollo spinale. Tra i batteri che causano la Meningite nei bambini e nei giovani ci sono **l'Haemophilus influenzae**, il **Meningococco e lo Pneumococco**.
L'interessamento meningeo è caratterizzato da inizio improvviso della febbre, cefalea, rigidità nucale, spesso accompagnata da nausea, vomito, fotofobia (disturbo degli occhi nell'esposizione alla luce), alterazione dello stato mentale.

Trasmissione:
attraverso le vie aeree superiori con le goccioline di saliva e di muco infette.

Incubazione:
da 2 a 10 giorni (mediamente 3-4 giorni).

Contagiosità:
fino a quando il germe responsabile è attivo nell'organismo.
Il microrganismo scompare dal naso-faringe 24-48 ore dopo l'inizio di una terapia antibiotica efficace.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto basso/basso.

Azioni preventive: sono disponibili vaccini efficaci nei confronti di alcuni tipi di Haemophilus Influenzae, Meningococco e Pneumococco.
Queste vaccinazioni sono inserite nel calendario vaccinale dell'età evolutiva della Regione del Veneto e vengono offerte attivamente alla popolazione infantile e agli adolescenti.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: isolamento della persona infetta per 24-48 ore dall'inizio della terapia antibiotica.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: la sorveglianza sanitaria di conviventi e contatti stretti è in relazione al tipo di meningite presente.
Nei casi di Meningite causati da Meningococco e da Haemophilus Influenzæ è prevista la sorveglianza sanitaria dei conviventi e dei contatti stretti per 10 giorni dopo l'ultimo contatto con l'ammalato.

Se da Meningococco è raccomandata la profilassi con antibiotici specifici, che va iniziata il più presto possibile, per:
- conviventi stretti (familiari);
- contatti scolastici;
- asili nido, bambini e personale di assistenza;
- scuola materna, bambini della sezione, compresi gli assenti fino a 7 giorni prima, e che hanno condiviso con il malato il locale di riposo pomeridiano e la mensa;
- alunni di scuole elementari e studenti delle scuole medie inferiori, superiori, della stessa classe, compresi gli insegnanti.

Se da Haemophilus Influenzæ la chemioprofilassi è raccomandata per tutti i contatti familiari (definito come persona che risieda con il paziente indice o non coresidente che abbia trascorso 4 o più ore con il caso indice almeno per 5 su 7 giorni nella settimana precedente il ricovero) nelle seguenti circostanze:
- famiglia con almeno un contatto di meno di 4 anni non vaccinato o incompletamente vaccinato (per completa vaccinazione si intende almeno una dose di vaccino a 15 mesi di vita; 2 dosi fra 12 e 14 mesi; o 2-3 dosi nei bambini di meno di 12 mesi con un *booster* a 12 mesi o più);

- famiglia con bambino di meno di 12 mesi, se il bambino non ha ricevuto la vaccinazione primaria;
- famiglia con un bambino immunocompromesso, indipendentemente dal suo stato vaccinale.
- nei nidi e nelle piccole comunità infantili i contatti, indipendentemente dall'età, se si verificano due o più casi in 60 giorni.

Va valutata la somministrazione della chemioprofilassi anche qualora si sia verificato un solo caso. I bambini non vaccinati oltre alla profilassi devono essere sottoposti anche alla vaccinazione.
Non è consigliata la chemioprofilassi quando tutti i bambini della comunità siano stati correttamente vaccinati.

La chemioprofilassi non è indicata quando sono trascorsi più di 14 giorni dall'ultimo contatto stretto con il paziente.
La chemioprofilassi non trova nessuna indicazione nei contatti secondari (contatti dei contatti del malato).

La chiusura della scuola e la disinfezione degli ambienti non è indicata, in quanto i batteri che causano la Meningite non sopravvivono nell'ambiente esterno.

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica di appartenenza della scuola.



Su richiesta del Servizio Igiene e Sanità Pubblica fornire l'elenco nominativo di tutti i bambini frequentanti la classe/scuola, compresi gli assenti fino a 7 giorni prima, con i relativi numeri telefonici.



Distribuire una lettera di comunicazione ai genitori, predisposta dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica.



Concordare con il Servizio Igiene e Sanità Pubblica l'effettuazione di eventuali incontri informativi con i genitori e il personale della scuola.



Aerare i locali della scuola.

Cosa devono fare i genitori:

attenersi alle indicazioni del Medico curante e del personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica.
Eseguire la chemioprofilassi antibiotica, se raccomandata.

Appunti:

MONONUCLEOSI INFETTIVA

La Mononucleosi è una malattia infettiva causata da un virus che infetta i linfociti B i quali rispondono con una abnorme proliferazione.
La malattia si manifesta con febbre, faringite, ingrossamento della milza, dei linfonodi e del fegato. In alcuni casi può essere presente un'eruzione cutanea (esantema).
Circa il 50% degli infetti sviluppa la malattia, i restanti casi sono per lo più asintomatici, specie se lattanti e bambini.

Trasmissione:
per via aerea attraverso la saliva. I bambini piccoli possono essere infettati dalla saliva presente sulle mani di chi li accudisce e sui giocattoli. Il bacio può facilitare la diffusione del virus tra i giovani adulti.

Incubazione:
molto variabile, generalmente 4-6 settimane.

Contagiosità:
il periodo di contagiosità non è ben definito, ma prolungato. Il virus può essere eliminato per molto tempo, anche un anno o più dall'inizio della infezione.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto basso.

Azioni preventive: visto l'andamento della malattia risulta difficoltoso instaurare particolari ed efficaci misure preventive. E' opportuno in ogni caso usare misure igieniche di carattere generale.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: allontanamento dalla scuola dei casi sintomatici fino a guarigione clinica.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e dei contatti: nessun provvedimento particolare.

Cosa deve fare la scuola:



Aerare i locali.

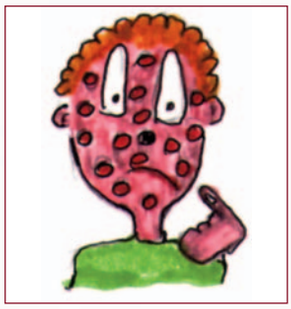


Pulire e disinfettare gli oggetti contaminati con secrezioni nasali e salivari (giocattoli).

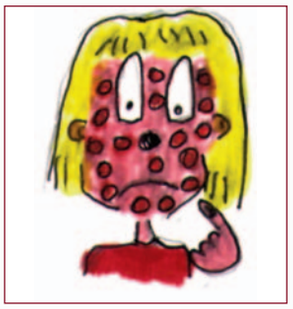
Cosa devono fare i genitori:

attenersi alle indicazioni del Pediatra o del Medico curante fino alla riammissione in comunità.

Appunti:



MORBILLO



Il Morbillo è una malattia infettiva molto contagiosa causata da un virus, che si trasmette per via aerea. Si manifesta con febbre molto elevata, congiuntivite, tosse ed un tipico esantema che compare 3-5 giorni dopo la febbre, inizia dal viso, si diffonde poi al corpo e agli arti. L'esantema si attenua nell'arco di 3-4 giorni dando luogo ad una desquamazione cutanea.
Le complicanze della malattia sono frequenti e consistono in otite media, polmonite e in rari casi encefalite.

Trasmissione:
per via aerea, attraverso goccioline respiratorie infette o per contatto diretto con le secrezioni nasali o faringee e, meno comunemente, con oggetti contaminati.

Incubazione:
10-12 giorni dall'esposizione all'inizio dei sintomi.

Contagiosità:
da 1-2 giorni prima dell'inizio dei sintomi, fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto alto.

Azioni preventive: il vaccino è offerto gratuitamente a tutti i bambini dall'età di 12–13 mesi e una seconda dose di richiamo ai 5/6 anni. E' disponibile in formulazione trivalente (MPR) o tetravalente (morbillo-parotite-rosolia e varicella-MPRV).
La vaccinazione contro il Morbillo è una vaccinazione universalmente raccomandata. L'obiettivo della vaccinazione è quello di eliminare la malattia che è la più diffusa dell'infanzia ed è seguita nel 6% circa dei casi da complicanze. La più temibile è l'encefalite acuta che in alcuni casi può lasciare danni permanenti o addirittura essere letale.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: il malato deve essere allontanato dalla scuola per almeno 5 giorni dalla comparsa dell'esantema. La riammissione in comunità può avvenire presentando l'apposito certificato medico redatto a cura del Pediatra o del Medico curante.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: Saranno individuati i soggetti suscettibili ai quali raccomandare la vaccinazione, per prevenire la diffusione della malattia.
La vaccinazione eseguita entro 72 ore dal contatto può essere protettiva nei confronti della malattia.

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'eventuale segnalazione del caso.



Fornire al Servizio Igiene e Sanità Pubblica l'elenco nominativo di tutti i bambini frequentanti la classe/scuola con i relativi numeri telefonici.



Distribuire una lettera di comunicazione ai genitori, predisposta dal Servizio Igiene Sanità Pubblica.



Promuovere la vaccinazione anche per il personale scolastico non immune.

Cosa devono fare i genitori:

avvertire il Pediatra o il Medico curante e tenere il bambino in casa fino alla riammissione in comunità. E' molto importante che la scuola sia informata della malattia per consentire un'adeguata profilassi degli altri alunni frequentanti.

Appunti:

PAROTITE

La Parotite è una malattia infettiva causata da un virus, comunemente chiamata "orecchioni".
Si manifesta nella maggior parte dei casi con ingrossamento e dolore delle ghiandole salivari, soprattutto della parotide, da uno o da entrambi i lati.
La tumefazione generalmente si risolve in 7-9 giorni.
I sintomi iniziali sono rappresentati da febbre, malessere, spesso vomito, senso di prostrazione.

L'importanza di questa malattia deriva dalle sue possibili anche se rare complicanze: meningo-encefalite, danno all'organo dell'udito, infiammazione del pancreas e di uno o entrambi i testicoli.

Trasmissione:
per via aerea tramite goccioline respiratorie, per contatto diretto con la saliva di una persona infetta o attraverso oggetti contaminati con saliva.

Incubazione:
16–18 giorni (range 14-25).

Contagiosità:
da 7 giorni prima a 9 giorni dopo dall'ingrossamento delle ghiandole parotidi e salivari; la massima contagiosità è da 2 giorni prima e 4 giorni dopo l'esordio della malattia. Possono essere contagiose anche le forme inapparenti.

Rischio di diffusione nella scuola:
medio/alto (nei soggetti non vaccinati). L'infezione è tipica dell'età scolare ed è più frequente nel periodo inverno-primavera.

Azioni preventive: con il vaccino specifico associato a Morbillo e Rosolia che viene proposto a tutti i bambini a 12-13 mesi di vita; una seconda dose viene somministrata a 5-6 anni di vita.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: il bambino deve essere allontanato dalla comunità fino a 9 giorni dalla comparsa della tumefazione parotidea, periodo durante il quale può essere eliminato il virus.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e dei contatti: sorveglianza sanitaria e verifica dei bambini non ancora vaccinati ai quali va proposta la vaccinazione.

Cosa deve fare la scuola:



Aerare i locali.



Pulire e disinfettare gli oggetti contaminati con goccioline respiratorie.

Cosa devono fare i genitori:

attenersi alle indicazioni del Pediatra o del Medico curante fino alla riammissione in comunità.

Appunti:

PEDICULOSI



La Pediculosi è una infestazione del cuoio capelluto, delle zone pilifere del corpo e dell'abbigliamento da parte di pidocchi adulti, larve o uova (lendini). Il pidocchio del capo (*Pediculus humanus capitis*) vive nei capelli, soprattutto della regione retro-auricolare e nucale, ma può ritrovarsi anche tra le sopracciglia e la barba. Il pidocchio del corpo (*Pediculus humanus corporis*) vive anche nei vestiti, specie le cuciture interne, ma si sposta sul corpo per alimentarsi. Il pidocchio del pube (*Phthirus pubis*) è detto volgarmente anche piattola; infesta le aree pelose del corpo soprattutto l'area del pube e perianale, ma può interessare anche le ciglia e sopracciglia, i peli ascellari, la barba, i baffi.

Tratteremo in particolare la Pediculosi del capo che sta avendo una recrudescenza, su scala mondiale, nelle comunità per l'infanzia e scolastiche.
Questa parassitosi rappresenta un problema sanitario che può colpire soggetti appartenenti a tutte le classi socio-economiche della popolazione. I pidocchi sono piccoli insetti di 3-4 mm, di colore che varia dal grigio al bianco sporco, senza ali, con il corpo appiattito e zampe corte fornite di uncini che permettono di aggrapparsi fortemente al capello; presenta inoltre un apparato buccale che gli permette di pungere la cute per nutrirsi di sangue.
Le femmine depongono le uova, dette "lendini", alla base dei capelli; queste di forma ovoidale e colore madreperlaceo, a differenza della forfora, con cui potrebbero essere confuse, sono adese saldamente ai capelli mediante una secrezione vischiosa che le rende irremovibili ad un normale lavaggio.

La Pediculosi è spesso asintomatica. L'infestazione può provocare prurito intenso e lesioni da grattamento (escoriazioni e croste) e sovrainfezioni batteriche.

Trasmissione:
per contatto diretto (testa-testa), e in minor misura, per contatto indiretto con l'uso in comune di effetti personali infestati (berretti, sciarpe, pettini, spazzole, fermagli per capelli, ecc.) di una persona infestata.

Incubazione:
le larve del pidocchio si schiudono 6-10 giorni dopo la deposizione delle uova ed il pidocchio raggiunge la maturità dopo 8-9 gg.

Contagiosità:
il soggetto è contagioso finché continua ad ospitare pidocchi o lendini vitali. La vita media del pidocchio adulto sull'ospite è di circa 1 mese; al di fuori dell'ospite sopravvive 1-2 giorni ed è sensibile alle alte e basse temperature. Le uova (lendini) rimangono vitali sugli abiti per 1 mese

Rischio di diffusione nella scuola:
medio. E' un fastidioso inconveniente igienico piuttosto che un problema sanitario.

Azioni preventive: con l'educazione sanitaria. Norme di comportamento per un corretto trattamento disinfestante e per evitare il diffondersi della parassitosi.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti dell'infestato: per quanto riguarda la frequenza nelle comunità, non è indicata alcuna restrizione, se il soggetto viene sottoposto ad adeguato trattamento.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti: il controllo deve essere allargato ai familiari che, se infestati, devono essere sottoposti a trattamento.

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'eventuale segnalazione di episodi epidemici.



Consegnare ai genitori materiale informativo predisposto dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica.



Nel caso di infestazione persistente, concordare con il Servizio Igiene Pubblica eventuali incontri informativi con i genitori.



Pulire e disinfestare gli oggetti che possono venire a contatto con il cuoio capelluto (pettini, spazzole).



Lavare in acqua calda (a 55°C per almeno 20 min.) o a secco gli effetti letterecci (cuscini, coperte ecc.).

Cosa devono fare i genitori:

collaborare con la scuola e attenersi in modo scrupoloso alle regole indicate per evitare il diffondersi dell'infezione nella collettività.

COME EVITARE IL DIFFONDERSI DELL'INFESTAZIONE NELLA COMUNITÀ

Si ricorda che non è possibile prevenire l'infestazione, né i prodotti usati nel corso di una prima infestazione rendono immuni da una possibile reinfestazione.
Tuttavia è possibile mettere in atto alcune precauzioni che sono le sole in grado di evitare la trasmissione della Pediculosi.

1. Mettere in atto una sorveglianza accurata, da parte dei genitori, con ispezioni del capo, in particolare della zona della nuca e dietro le orecchie per escludere la presenza di lendini:
   - dopo gite, escursioni, campi estivi con amici o gruppi sociali,
   - all'inizio dell'anno scolastico,
   - alla fine delle vacanze interscuola.

2. Effettuare un controllo sistematico settimanale in caso di infestazione scolastica, a tutti i familiari, in particolare ai bambini più piccoli, per scoprire eventuali lendini e applicare in modo scrupoloso le regole descritte per il trattamento dell'infestazione da pidocchi.

3. Ricordare che anche gli adulti nella loro vita sociale possono incorrere in tale infestazione e quindi devono adottare le misure suindicate.

4. Educare i bambini ad evitare lo scambio di oggetti personali quali pettini, cappelli, sciarpe, nastri, fermagli per capelli, asciugamani anche in ambienti extra scolastici.

IL TRATTAMENTO DELLA PEDICULOSI DEL CAPO

Effettuare un'accurata ispezione del cuoio capelluto, meglio con una lente di ingrandimento, e in ambiente ben illuminato per rimuovere manualmente pidocchi e lendini.

Trattare i capelli con il prodotto specifico, lasciarlo agire per il tempo indicato e risciacquare con aceto (100 gr. in un litro di acqua calda).

Dopo il trattamento con acqua e aceto, ispezionare nuovamente il capo e sfilare con pazienza tutte le lendini rimaste, servendosi di un pettine a denti molto stretti, partendo dalla radice dei capelli.

Ripetere il trattamento a distanza di 7-10 giorni (il tempo necessario affinché le uova si schiudano).

Disinfestare le lenzuola e gli abiti, che vanno lavati in acqua calda o a secco (particolarmente i cappelli), eventualmente lasciarli all'aria aperta per 48 ore (i pidocchi non sopravvivono a lungo lontano dal cuoio capelluto).

Lasciare all'aria aperta anche pupazzi o peluches venuti a contatto con la persona infestata.

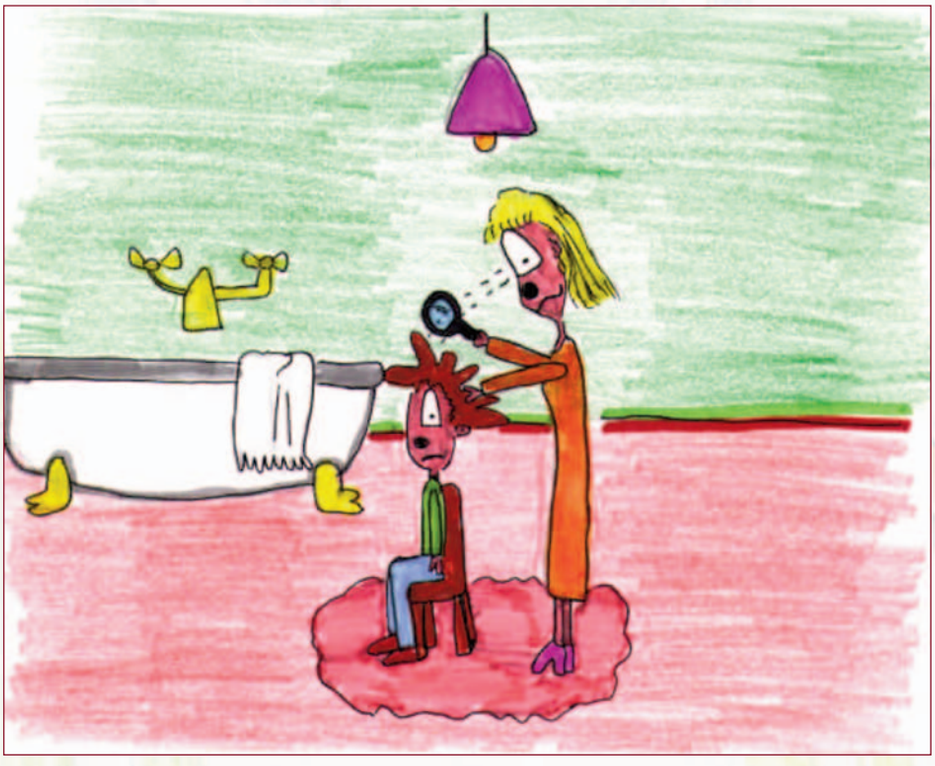
Lavare e disinfestare accuratamente spazzole e pettini.

Nel caso di infestazione delle ciglia, i parassiti e le uova vanno rimossi con l'aiuto di pinzette, previa applicazione di vaselina.

Trattamento con prodotti farmaceutici specifici

In commercio esistono vari prodotti contro la Pediculosi che si presentano sotto forma di polveri, creme, gel; devono essere utilizzati prodotti contenenti insetticidi (es. malathion 0,5%, d-phenotrin, permetrina 1% ed altro). Sono sconsigliati gli shampoo in quanto, se non applicati correttamente, sono inefficaci,
In caso di dubbio può essere chiesto consiglio al Pediatra o al Medico curante.

Spidocchiare: *liberare dai pidocchi; riflessivo, togliersi i pidocchi di dosso. (Il dizionario della lingua italiana di Giacomo Devoto e Gian Carlo Oli)*



DOMANDE RICORRENTI

Come si scopre se si hanno i pidocchi?

I pidocchi possono passare inosservati per le loro piccole dimensioni (2 a 4 mm.) e perché causano solo leggero prurito e qualche volta nemmeno questo.
L'insetto "femmina" depone 6-8 uova al giorno (lendini).
Di solito la Pediculosi si riconosce per la presenza delle lendini, essendo queste più numerose.
Occorre munirsi di molta pazienza. Se i capelli sono lunghi, si esamina una ciocca di capelli per volta. Partendo dalla nuca si solleva una ciocca con un pettine a denti fitti, poi si osservano i capelli dalla radice alla punta.
La ricerca va fatta in un luogo ben illuminato. Con una lente, le lendini appaiono come piccoli rigonfiamenti lucidi che non si staccano scuotendo i capelli. Quest'ultima caratteristica distingue le lendini dalla forfora.

Quando occorre cercarli e che cosa bisogna fare, se si trovano…?

Nel periodo scolastico è bene prendere l'abitudine di esaminare la testa di vostro figlio periodicamente e in particolare alla ripresa della scuola, dopo una vacanza. Nel caso che un familiare, un compagno di classe o di gioco di vostro figlio abbiano preso i pidocchi, la ricerca va fatta tutti i giorni.
Appena si nota la presenza dei parassiti (o delle lendini), si incomincia la cura. Nello stesso tempo occorre avvertire l'insegnante, che a sua volta potrà informare gli altri genitori. Questo è l'unico modo per fermare il contagio, perché i pidocchi si diffondono in fretta.

Quale trattamento fare e con quali prodotti?

La cura è diretta ad eliminare i parassiti e ad inattivare le lendini, per evitare che il problema si ripresenti di nuovo. In farmacia si possono trovare vari prodotti a base di insetticida acquistabili senza ricetta medica. Questi prodotti si possono trovare sotto forma di shampoo, gel, lozione o polvere. Sono da preferire i preparati in forma di lozione, gel o crema che hanno una maggior efficacia, se si seguono con attenzione le istruzioni riportate nel foglietto illustrativo.
Il trattamento completo richiede almeno due applicazioni dello stesso prodotto, ad intervalli di una settimana l'una dall'altra, fino a scomparsa dei parassiti.
Si versa nei capelli la dose indicata del prodotto, massaggiando e distribuendolo in modo omogeneo. Dopo 10 minuti si sciacqua.
Poiché le lendini restano attaccate ai capelli anche dopo il trattamento, con l'aiuto di un pettine fitto è necessario rimuoverle. Tale operazione è facilitata se viene fatta sui capelli non ancora del tutto asciutti.

Cosa fare per ridurre le possibilità di re-infestazione?

Anche se non è frequente il passaggio dei pidocchi attraverso indumenti ed effetti personali (spazzola per capelli…), è bene associare al trattamento il lavaggio dei vestiti e della biancheria. Per questo è efficace sia il lavaggio in lavatrice (60 ° C) sia il lavaggio a secco. In alternativa, gli indumenti e i giochi in pelouche vanno chiusi per una decina di giorni in buste di nylon.
I pettini e le spazzole devono essere immersi per 10 minuti in acqua molto calda (circa 60° C).

Si può prevenire la Pediculosi ?

Non esiste un trattamento preventivo vero e proprio. Tuttavia, se c'è una collaborazione da parte di tutti i genitori, è possibile fermare il problema sul nascere. In caso contrario la Pediculosi si ripresenta!
È da considerare **inefficace** la disinfestazione degli ambienti.
Per quanto riguarda arredi come brandine e tappeti, è sufficiente pulire con l'aspirapolvere.

PERTOSSE

La Pertosse è una malattia batterica acuta delle alte vie respiratorie, che in fase iniziale è di modesta entità (fase catarrale), per evolvere poi nei caratteristici accessi di tosse convulsiva (fase parossistica), spesso associati ad un tipico urlo inspiratorio a volte seguiti da vomito.
A questa fase segue quella di convalescenza con diminuzione degli accessi di tosse.
Le complicanze sono più gravi e frequenti nel primo anno di vita: convulsioni e/o danno cerebrale. Altre complicanze della Pertosse sono l'otite e la polmonite.
La malattia dura in genere da 6 a 10 settimane.

Trasmissione:
per via aerea attraverso goccioline infette provenienti dal tratto respiratorio infette. La trasmissione indiretta attraverso l'aria o oggetti contaminati è rara o forse inesistente.

Incubazione:
da 5 a 21 giorni.

Contagiosità:
è massima nella fase catarrale e nelle prime 2 settimane dopo l'inizio della tosse; gradualmente diminuisce e diviene trascurabile in circa 3 settimane. La contagiosità è di circa 5 giorni dopo l'inizio di adeguata terapia antibiotica.

Rischio di diffusione nella scuola:
alto per i soggetti che non hanno effettuato la vaccinazione.

Azioni preventive: viene raccomandata la vaccinazione dal 3° mese di vita in associazione con gli altri vaccini previsti dal calendario in modo da assicurare la protezione del bambino nel periodo di maggiore pericolosità della malattia. Il richiamo viene effettuato in età pre-scolare ed adolescenziale associato con il vaccino anti-difterico-tetanico.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nel confronto del malato: astensione dalla frequenza scolastica sino ad almeno 5 gg. dall'inizio della terapia antibiotica. I casi sospetti, non trattati con antibiotico, vanno isolati per 3 settimane dall'inizio dei sintomi.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti: verifica dell'avvenuta vaccinazione anti-pertossica. Valutazione dell'opportunità di somministrare una dose di richiamo. Sorveglianza sanitaria dei soggetti suscettibili: i bambini esposti al contagio, specialmente quelli con ciclo vaccinale incompleto, devono essere attentamente osservati riguardo ai sintomi respiratori per 21 giorni dopo il termine del contatto. Bambini sintomatici con tosse devono essere esclusi dalla comunità, fino a valutazione medica (Red Book 2009).
La profilassi antibiotica è raccomandata per i contatti familiari e gli altri contatti stretti, anche a bambini che frequentano lo stesso asilo, indipendentemente dall'età e dalle vaccinazioni ricevute. Il suo uso precoce può limitare la trasmissione.

Cosa deve fare la scuola:



Aerare i locali.



Lavare e disinfettare i piccoli giochi. Non trova indicazione la disinfezione dell'ambiente.

Cosa devono fare i genitori:

attenersi alle indicazioni del Pediatra o del Medico curante.

Appunti:

ROSOLIA

La Rosolia è una malattia infettiva causata da un virus. Si presenta spesso senza sintomi o con manifestazioni lievi quali ingrossamento dei linfonodi retro-auricolari e della base del collo, eruzione cutanea di breve durata e modica febbre.
Le complicanze sono rare.
Il maggior rischio è l'infezione contratta durante il primo trimestre di gravidanza da una donna non immune.
In questo caso può determinare aborto, morte fetale o malformazioni congenite (sindrome da rosolia congenita).

Trasmissione:
per via aerea, attraverso goccioline respiratorie infette.

Incubazione:
da 14 a 21 giorni.

Contagiosità:
la massima contagiosità è da circa una settimana prima della comparsa dell'esantema fino a 6-7 giorni dopo.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto alto, tuttavia nei bambini la malattia si manifesta quasi sempre in modo lieve.

Azioni preventive: il vaccino nella forma trivalente (Morbillo-Rosolia-Parotite) o tetravalente (Morbillo-Rosolia-Parotite e Varicella) viene offerto a tutti i bambini dall'età di 12-13 mesi ed una seconda dose di richiamo a 5/6 anni.
Il controllo della Rosolia è necessario soprattutto per prevenire malformazioni congenite nei neonati nati da donne non immuni che contraggono la malattia durante la gravidanza.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti dei malati: allontanamento dalla frequenza scolastica per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: individuazione dei contatti suscettibili: persone mai vaccinate o che non hanno ancora contratto la Rosolia, in particolare donne gravide.
E' importante che le persone suscettibili di contrarre la Rosolia si sottopongano alla vaccinazione (tranne le gravide). Il vaccino somministrato entro 3 giorni dall'esposizione potrebbe prevenire la malattia.

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'eventuale segnalazione del caso.



Allontanare il personale scolastico in gravidanza non immune.



Promuovere la vaccinazione per il personale scolastico non immune.



Aerare i locali.

Cosa devono fare i genitori:

avvertire il Pediatra o il Medico curante e tenere isolato il bambino fino al termine del periodo di contagiosità.

Appunti:

SCABBIA

La Scabbia è una malattia parassitaria della cute causata da un acaro. Inizia con una eruzione papulare (piccole macchie rosse) ed un intenso prurito, soprattutto notturno.
L'acaro scava dei cunicoli nella cute e vi depone le uova dalle quali in 2-3 giorni originano le larve.
Nei bambini di meno di due anni, l'eruzione è spesso vescicolare con frequente localizzazione alla testa, collo, palmo delle mani e pianta dei piedi.
Nei bambini più grandi e negli adulti vengono colpite in modo particolare le pieghe interdigitali (tra dito e dito), la zona dei polsi, i gomiti, le pieghe ascellari.

Trasmissione:
per contatto diretto cute-cute; meno frequente è la trasmissione indiretta attraverso la biancheria e gli effetti personali, in particolare se sono stati contaminati da poco da una persona infettata. L'acaro, se non è a contatto con la cute, non vive più di 3-4 giorni.

Incubazione:
nei soggetti senza una precedente esposizione è di solito 4-6 settimane; nei casi di pregresse esposizioni i sintomi insorgono 1-4 giorni dopo la riesposizione all'acaro.

Contagiosità:
Il malato è contagioso fino alla distruzione degli acari e delle uova ottenuta con uno o due cicli di trattamento, distanziati di una settimana.

Rischio di diffusione nella scuola:
molto basso

Azioni preventive: educazione sanitaria sulle modalità di trasmissione e di disinfestazione di indumenti e altri oggetti per evitare l'infestazione.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: allontanamento dalla frequenza scolastica fino al giorno successivo a quello di inizio del trattamento specifico.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: ricerca di altri casi di infestazione. Trattare a scopo preventivo i familiari e i contatti stretti, sintomatici e non.
Lenzuola e vestiario vanno lavati a temperatura superiore a 60°C; i capi non lavabili a temperature elevate vanno tenuti da parte o chiusi in sacchetti di nylon almeno una settimana per evitare reinfestazioni.

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'eventuale segnalazione del caso.



Consegnare ai genitori materiale informativo predisposto dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica.



Collaborare con il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'effettuazione di incontri informative con i genitori.



Seguire le indicazioni del Servizio Igiene e Sanità pubblica.

Cosa devono fare i genitori:

avvertire il Pediatra o il Medico curante. Fare attenzione al contatto con le lesioni o comunque con la cute. Iniziare il trattamento specifico e lavare accuratamente lenzuola e capi di abbigliamento.Trattamento preventivo di tutti i familiari.

Appunti:

SCARLATTINA

La Scarlattina è una malattia causata da un batterio, lo Streptococco beta-emolitico di gruppo A, produttore di tossina. I sintomi compaiono all'improvviso con febbre, mal di gola, faringite; nei casi più gravi può comparire febbre elevata, nausea e vomito.
Dopo circa 12-48 ore compare il tipico esantema (che svanisce alla pressione), puntiforme, apprezzabile al tatto (tipo carta vetrata) e caratteristica colorazione a fragola della lingua.
Le complicanze possibili sono l'otite, l'ascesso tonsillare e, in via eccezionale, la glomerulonefrite e la malattia reumatica.
Con una certa frequenza l'infezione da **Streptococco Beta-emolitico di Gruppo A** si presenta come una faringotonsillite, oppure senza sintomi di malattia: si parla in questo ultimo caso di **portatore sano dello Streptococco; lo stato di portatore può durare anche per lungo tempo, ma con minima contagiosità.**

Trasmissione:
per via aerea attraverso goccioline respiratorie di ammalati o portatori.

Incubazione:
1-3 giorni, raramente più lungo.

Contagiosità:
dalla comparsa della malattia e per tutta la sua durata. La contagiosità si interrompe dopo 24-48 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica.

Rischio di diffusione nella scuola:
medio.

Azioni preventive: la diffusione in ambito scolastico si contrasta con la diagnosi e il trattamento precoce del caso.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: allontanamento dalla frequenza scolastica almeno fino a 48 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica. Questo trattamento riguarda anche altri bambini con faringotonsilliti streptococciche. Nessun trattamento è previsto per i portatori sani di Streptococco.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e dei contatti: sorveglianza sanitaria per 7 giorni. La profilassi antibiotica e l'esecuzione del tampone faringeo di norma non sono indicati.

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'eventuale segnalazione di epidemie.



Aerare i locali.



Lavare le mani.



Pulire e disinfettare i giochi e gli oggetti contaminati.

Cosa devono fare i genitori:

attenersi alle prescrizioni e alle indicazioni del Medico curante o del Pediatra.

Appunti:

TUBERCOLOSI



La Tubercolosi è una malattia batterica contagiosa che può colpire qualsiasi organo o apparato. Le prime manifestazioni si verificano 1-6 mesi dopo l'infezione iniziale e comprendono uno o più dei seguenti sintomi: febbricola, sudorazione notturna, perdita di peso, tosse. A questi si aggiungono i sintomi dello specifico organo colpito. Il battere può rimanere nell'organismo allo stato latente anche per tutta la vita. In alcuni casi può riattivarsi, a distanza di mesi o anche di anni, determinando la malattia tubercolare attiva.

Trasmissione:
per via aerea, attraverso l'inalazione di goccioline respiratorie emesse dal soggetto che presenta la malattia attiva polmonare o laringea.

Incubazione:
circa 2-12 settimane. Il rischio di malattia è più elevato nei 6 mesi dopo l'infezione e resta alto per 2 anni.

Contagiosità:
è possibile finché i bacilli tubercolari sono presenti nelle secrezioni polmonari della persona infetta. Dura poche settimane (almeno 2) dall'inizio di una terapia efficace e ben condotta. La Tubercolosi extrapolmonare non è contagiosa.

Rischio di diffusione nella scuola:
Medio / basso, varia a seconda dell'età dell'ammalato (i bambini di meno di 10 anni sono raramente contagiosi) e della forma tubercolare (polmonare o extrapolmonare).
Sono a maggior rischio di contrarre la malattia i bambini di età inferiore a 3 anni.

Azioni preventive: i contatti stretti (convivente o persona che condivide con il soggetto ammalato uno spazio chiuso per almeno 8 ore al giorno) vanno sottoposti a test specifici per l'individuazione dei soggetti "infetti" (che non corrisponde a "malati"). I soggetti risultati positivi vanno sottoposti ad ulteriori approfondimenti diagnostici e valutati per l'eventuale trattamento farmacologico.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: allontanamento dalla scuola fino alla negativizzazione dell'espettorato (significa fino a quando nel catarro non è più presente il bacillo della Tubercolosi) e successiva sorveglianza sanitaria per almeno sei mesi.
Riammissione in comunità previo accertamento della non contagiosità.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e dei contatti: sorveglianza sanitaria dei conviventi e dei contatti stretti per la ricerca di altri casi di infezione o malattia tramite l'esecuzione dei test specifici ed eventuali altri accertamenti.

Cosa deve fare la scuola:



Contattare telefonicamente il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'eventuale segnalazione del caso.



Su richiesta del Servizio Igiene e Sanità Pubblica fornire l'elenco nominativo di tutti i bambini frequentanti la classe/scuola con i relativi numeri telefonici.



Distribuire una lettera di comunicazione ai genitori predisposta dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica od organizzare un incontro (se necessario).



Collaborare con il Servizio Igiene e Sanità Pubblica per l'organizzazione di riunioni informative per l'eventuale effettuazione presso la scuola delle indagini tubercoliniche.



Consegnare eventuale materiale informativo ai genitori predisposto dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica.



Lavare e disinfettare le superfici di lavoro (banchi, suppellettili).



Aerare i locali.



Lavare e disinfettare i giochi.

Cosa devono fare i genitori:

osservanza scrupolosa delle indicazioni del Pediatra o del Medico curante e di quanto indicato dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Appunti:

VARICELLA

La Varicella è una malattia infettiva virale molto contagiosa; si manifesta con una eruzione cutanea caratteristica che inizia con macchioline rosse che poi evolvono in vescicole e croste.
La comparsa delle vescicole inizia al cuoio capelluto e al viso e si estende al tronco e agli arti. Le lesioni si presentano a ondate successive con stadi di maturità differenziati, presenti nello stesso momento.
L'eruzione cutanea può accompagnarsi a febbre elevata.
Le complicanze sono rare (polmonite, encefalite, sovrainfezioni batteriche delle lesioni cutanee).

Trasmissione:
per via aerea con le goccioline respiratorie o per contatto diretto con il liquido contenuto nelle vescicole.

Incubazione:
da 14 a 20 giorni.

Contagiosità:
da 1-2 giorni prima della comparsa delle prime vescicole, a 5-7 giorni dopo (e comunque fino alla crostificazione delle lesioni).

Rischio di diffusione nella scuola:
molto alto. Generalmente la presenza di un caso in una comunità porta all'infezione di tutti i soggetti suscettibili.

Azioni preventive: è disponibile, oltre al vaccino singolo, anche il vaccino tetravalente (Morbillo–Parotite–Rosolia e Varicella) che viene proposto a tutti i bambini dopo il 12° mese ed un richiamo a 5/6 anni.

COME INTERVIENE IL SERVIZIO SANITARIO

Provvedimenti nei confronti del malato: allontanamento dalla scuola almeno fino all'essiccamento delle vescicole.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e dei contatti: In generale non è previsto alcun provvedimento.
Vaccinare le persone suscettibili di 12 mesi o più, entro 72 ore dall'esposizione, può prevenire o modificare significativamente la malattia.

Cosa deve fare la scuola:



Sostenere la promozione della vaccinazione nel personale scolastico non immune.



Aerare i locali.

Cosa devono fare i genitori:

avvertire il Pediatra o il Medico curante e tenere il bambino a casa fino alla riammissione in comunità.

Appunti:

TERZA PARTE:
L'AMBIENTE



REQUISITI STRUTTURALI

Il rischio di contrarre una malattia all'interno di una collettività dipende non solo dalla presenza di uno specifico agente patogeno, ma anche da alcuni requisiti strutturali (superficie dei locali rispetto al numero di bambini, condizioni di aero-illuminazione, disponibilità di servizi igienici, arredi e giochi idonei dal punto di vista igienico) e dalle caratteristiche organizzativo-gestionali (adozione di razionali procedure relative alla pulizia e disinfezione, alla preparazione somministrazione di alimenti, alla gestione dei rifiuti).

Per lo scopo di questo documento sono da considerare i seguenti aspetti relativi all'ambiente scuola:

1. Finestratura aero-illuminante: per ciascun locale abitativo (aula, palestra,…) la finestratura illuminante deve risultare dimensionata in modo da assicurare un fattore di luce diurna medio conforme a quanto indicato nel DM 18/12/1975 e nella norma UNI 10840 (FLDm > o = 2% - 5% in base all'uso dei locali); la quota apribile della finestratura deve risultare almeno pari ad 1/8 della superficie del pavimento e avere caratteristiche tali da consentire di ricambiare l'aria del locale senza arrecare fastidio agli occupanti. Nelle strutture per la prima infanzia una quota significativa della finestratura, almeno negli ambienti di soggiorno e nello spazio per il movimento/gioco, deve avere caratteristiche di portefinestra in modo da permettere ai bambini di poter vedere esternamente.

2. Temperatura: deve avere valori costanti nella giornata. Nel periodo freddo la temperatura nelle aule deve essere di almeno 18°C ÷ 20°C, mentre negli ambienti in cui le persone sono in movimento (corridoi, palestra,...) può essere mantenuta anche a livelli leggermente inferiori (16°C ÷ 18°C). E' opportuno verificare la presenza di spifferi d'aria e di superfici fredde (vetrate) in prossimità delle zone di stazionamento di alunni e docenti, in quanto possibili fattori di disconfort termico.
Un eventuale pavimento radiante deve assicurare una temperatura di pavimento non superiore a 23-24°C, con una differenza tra temperatura a livello di pavimento e quella rilevata all'altezza di 1.10 metri, inferiore a 3°C.

3. Umidità: ottimale nel range 40-60%. L'inconveniente più frequente è l'eccessiva umidità causata da un insufficiente ricambio d'aria.

4. Ventilazione: il ricambio d'aria è importante, in quanto evita odori sgradevoli, un'eccessiva umidità, ma soprattutto diminuisce le cariche microbiche. Al fine di mantenere l'aria pura (limite dell'0.1% di CO_2), si deve ricambiare l'aria del locale assicurando 2-3 ricambi/ora. Per un ottimale ricambio d'aria occorre che le finestre siano completamente apribili nel rapporto di 1/5-1/7 della superficie del locale, ed è consigliato che almeno il 25% della superficie della finestra sia costituita da serramenti apribili ad antaribalta per consentire il ricambio continuo dell'aria del locale senza arrecare disturbo agli occupanti.

5. Acustica: Devono essere rispettati i requisiti acustici prescritti per gli ambienti didattici, la palestra, la mensa e l'aula magna, che prevedono un limite sia per l'isolamento esterno che per quello tra aule, e per il tempo di riverbero. In particolare, i locali principali devono presentare caratteristiche acustiche idonee ad assicurare la corretta comprensione del parlato ottenibile assicurando un corretto tempo di riverbero (mediante controsoffitto e tendaggi) necessario per contenere il rimbombo, tipico delle mense e degli spazi di grandi dimensioni.

ARREDO

L'arredo concorre a determinare la percezione di benessere, ma non si deve dimenticare la funzionalità e soprattutto la sicurezza igienico-sanitaria di ogni elemento.

- Arredamento a misura di bambino, senza spigoli, con materiali atossici lavabili e disinfettabili, cuscini dei lettini del tipo antisoffoco
- Fasciatoi, mobili e giochi devono essere in materiale lavabile e disinfettabile.

- L'area destinata al **cambio dei pannolini** deve essere ubicata nelle vicinanze di un lavandino, al fine di consentire all'operatore di lavarsi le mani agevolmente dopo ogni cambio. Nei pressi del fasciatoio deve essere posto il raccoglitore per pannolini, dotato di apertura a pedale e di un sacchetto contenitore impermeabile da sostituire frequentemente.

- Tutto il materiale di toilette e delle zone riposo deve essere a perdere o monouso, o rigorosamente individuale (teli per fasciatoi, salviette, biancheria dei lettini, fazzoletti, ecc.).

- **I cestini porta rifiuti** devono essere in plastica, lavabili e dotati di sacchetti a perdere.

- **Sedie e tavoli** devono essere proporzionati alle dimensioni del busto del bambino: se il tavolo è troppo alto o il sedile troppo basso rispetto alla sua statura, il bambino non potrà appoggiare comodamente gli avambracci ed assumerà una posizione obliqua con conseguente deviazione del rachide; inoltre, l'occhio verrà a trovarsi ad una distanza troppo ravvicinata, condizione che predispone alla miopia; se il tavolo è troppo basso o il sedile troppo alto, l'alunno tenderà ad incurvarsi assumendo un atteggiamento cifotico.

GIOCATTOLI E GIOCHI

Gli oggetti ludici fanno a ragione parte del mondo del bambino, i giochi possono essere acquistati o "inventati"; tende, specchi, cuscini, e tappeti, concorrono sotto la stimolazione delle insegnanti allo sviluppo psicofisico del bambino.

Per tutelare i piccoli consumatori dai pericoli legati alla costruzione ed alla composizione del giocattolo, le norme individuano i requisiti tecnici e le modalità costruttive che devono essere rispettate per evitare rischi di carattere meccanico, fisico, chimico, elettrico e di infiammabilità.

1. I giocattoli e le loro parti smontabili non devono presentare punti o spigoli appuntiti, bordi taglienti e devono avere dimensioni tali da evitare qualunque tipo di soffocamento se portati alla bocca: quelli destinati ai bambini al di sotto dei tre anni non devono avere un diametro inferiore a 3.17 cm.
2. Tutti i giocattoli meccanici devono essere costruiti in modo tale che gli ingranaggi non siano mai accessibili anche per il bambino più curioso.
3. Le palline che si trovano all'interno dei sonagli per bambini di 4/5 mesi non devono essere in alcun modo accessibili.
4. Le batterie a bottone e le mini torce non devono essere facilmente accessibili al bambino. Il trasformatore di un giocattolo deve riportare il simbolo caratteristico (CE), non deve essere parte integrante del giocattolo, non deve avere comandi e deve essere usato da un adulto.
5. Le vernici o materiali particolari che possono essere tossici non devono essere usati nella costruzione di un giocattolo.
6. Gli occhi, il naso, i bottoni dei pupazzi devono essere resistenti agli strappi.
7. Il materiale utilizzato per i pupazzi di peluche o altri giocattoli morbidi con imbottiture di tessuto non deve essere facilmente infiammabile.
8. Le tende da indiano o le casette per le bambole devono essere provviste di elementi di arieggiamento ed essere prive di chiusure automatiche.
9. I giocattoli da trascinare (telefono di plastica ,ecc) devono essere provvisti di corde di lunghezza e spessore tali da non procurare nodi scorsoi.
10. I giocattoli fabbricati in plastica morbida, destinati ai bambini di età inferiore ai 36 mesi, non devono contenere più dello 0.05% in peso di ftalati (additivi usati per ammorbidire la plastica), a seguito del Provvedimento del Ministero dell'Industria del 30 settembre 1999.

Le avvertenze per un uso sicuro dei giocattoli si possono riassumere nei seguenti punti:

- Sorvegliare che il giocattolo sia utilizzato per l'uso per il quale è stato concepito.
- Verificare periodicamente lo stato di usura del giocattolo: se ci sono schegge di legno, rotture di parti interne nei giocattoli meccanici con ingranaggi che fuoriescono, presenza di ruggine.

- Non tentare di riparare il giocattolo in modo approssimativo o inadeguato; è opportuno, infatti, disfarsi dei giocattoli rotti perché potrebbero rappresentare un pericolo per i bambini.
- Controllare che l'oscillazione dei cavalli a dondolo sia limitata in modo da evitare il ribaltamento e verificare periodicamente la solidità dei ganci di tenuta e delle corde delle altalene.
- Accertarsi che con le armi giocattolo non si usino proiettili diversi da quelli forniti dal fabbricante e che non si spari a distanza ravvicinata in direzione del viso o verso animali domestici.
- Assicurarsi che le giostrine sonore appese sopra la culla siano fissate in modo stabile, con corde o nastrini di lunghezza appropriata in modo che il bambino non rimanga impigliato.
- Eliminare immediatamente gli imballaggi dei vari giocattoli soprattutto se a sacco o simili, per evitare che i bambini tentino di infilarvi la testa.

SPAZIO ESTERNO

L'ambiente esterno, parte integrante del Nido e della Scuola dell'Infanzia, deve essere sempre presente e con superficie rapportata al numero di bimbi (per es. negli asili nido almeno 5-6 mq/bimbo). Vanno previsti sistemi per la protezione contro l'eccessivo soleggiamento (alberatura, ombrelloni,…) in modo che i bambini possano disporre sia di aree soleggiate che di aree ombreggiate.

Quando non è possibile sia presente l'area esterna in posizione direttamente comunicante con i locali abitativi, occorre individuare anche un'area specifica ove riprodurre le condizioni di relazione con l'ambiente esterno, ad esempio utilizzando terrazze. In questo caso tale spazio deve armonizzarsi con la struttura garantendo l'accessibilità, risultare protetto da eventi atmosferici ed essere dimensionato con superficie minima di 0,8 m^2/bambino.

Nello spazio esterno si deve sempre assicurare di:

- mantenere pulito il cortile e provvedere al taglio periodico dell'erba;
- eliminare le eventuali piante pericolose;
- segnalare con tempestività eventuali nidi di insetti con particolare attenzione a quelli che possono arrecare danno ai bambini;
- recintare adeguatamente l'area per impedire l'ingresso di animali randagi (cani, gatti);
- impedire il formarsi di acqua stagnante per evitare il rischio di proliferazione di zanzare.

Sabbiere:

- la sabbiera deve essere provvista di opportuna copertura che impedisca la contaminazione della sabbia con feci e urine da parte di animali randagi;
- la sabbiera deve essere posizionata possibilmente in zona esposta al sole per favorire una disinfezione naturale e impedire il ristagno di umidità;
- la sabbia deve essere aerata (rimescolata) e pulita da grossolane impurità giornalmente; rastrellata settimanalmente e completamente rinnovata almeno una volta l'anno (all'inizio della primavera e/o alla riapertura delle scuole) e tutte le volte che se ne ravvisi la necessità;
- se la sabbia è raccolta in una recinzione con fondo naturale, comporre il fondo con uno strato di terra battuta di circa cm. 8 provvisto di sottostante drenaggio in ghiaino e ciotolato di spessore di circa cm. 15;
- se la sabbia viene sistemata in una vasca, questa deve permettere lo smaltimento dell'acqua piovana, il rimescolamento e il cambiamento della sabbia;
- la recinzione della vasca deve poter servire come appoggio, sedile, percorso per camminare e per saltare e quindi deve avere una larghezza di circa cm. 40 ed una altezza variante da cm. 25 a cm. 50 a seconda dell'età dei bambini.

PULIZIA

Una corretta e costante pulizia degli ambienti e delle attrezzature rappresenta una strategia essenziale per prevenire i rischi di contaminazione e per garantire il mantenimento di un adeguato livello di sicurezza.
Lo sporco non è rappresentato solo dai microrganismi (patogeni e non), ma da qualsiasi materiale sudicio sia di natura organica che inorganica, che si fissa sulle superfici.

1. Modalità e fasi operative della pulizia:

- **Pulizia fisica:** con semplice acqua calda a temperatura di 50°C, cioè superiore a quella di fusione dei grassi (45°C), ma inferiore a quella di coagulazione delle proteine (60°C) per evitare la loro forte adesione alle superfici: con questa operazione si tolgono i residui grossolani e si rimuovono fisicamente anche molti germi.
- **Detersione:** operazione che porta all'eliminazione irreversibile dello sporco attraverso la trasformazione operata dai principi presenti nel detergente nei confronti dello sporco (grassi, proteine, sali minerali). I detergenti vanno utilizzati alle concentrazioni consigliate dal fornitore. La temperatura ottimale di azione è di 45°/55°C e la distribuzione può essere fatta con sistemi a pressione o con strigliatura delle superfici. E' importante inoltre rispettare i tempi di contatto prodotto/superficie stabiliti.
- **Risciacquo dopo detersione:** i residui della detersione devono essere allontanati utilizzando acqua anche a temperatura ambiente.
- **Disinfezione** (o sanificazione è il processo che tende ad eliminare dalle superfici i germi patogeni ed abbassare la carica microbica a livelli di sicurezza): può essere fatta con mezzi fisici quali il calore o chimici, con tempi di azione adeguati ai vari composti. Bisogna quindi fare attenzione a non usare i disinfettanti al posto dei detergenti. Nella pratica quotidiana, è possibile utilizzare prodotti che accanto ad una azione detergente hanno anche una buona attività disinfettante (varechina, lisoformio, etc.).
- **Risciacquo finale:** per allontanare le tracce dei composti chimici.
- **Asciugatura:** per togliere l'umidità dalle superfici e dall'ambiente perché l'umidità è uno dei fattori che influenza lo sviluppo dei microrganismi.

2. Scelta oculata del detergente/disinfettante:

Il prodotto va individuato in base a un equilibrio tra vari criteri, quali l'efficacia in relazione alla tipologia di sporco e lo spettro d'azione sui microrganismi, il costo, l'ecocompatibilità, la facilità di utilizzo, la non corrosività, la pericolosità intrinseca.

Uso dei Detergenti:

Vi sono molti tipi di sporco, alcuni solubili in acqua, altri in soluzioni acide o alcaline. Il lavaggio in pratica è un'azione di dissolvimento dello sporco mediante alcali o acidi che producono sostanze solubili partendo da sporco insolubile: determinare la solubilità fornisce pertanto sufficienti informazioni per la scelta del detergente:

- Sporchi solubili in acqua: zuccheri, alcuni sali organici
- Sporchi insolubili in acqua:
  1. solubili in acidi: calcare e altri depositi minerali;
  2. solubili in alcali: grassi vegetali e animali;
  3. insolubili sia in acidi che in alcali: fibra organica, carbone, amido;
  4. solubili in solventi organici: olio minerale.

Uso dei Disinfettanti:

E' importante ricordare che i disinfettanti vanno usati su superfici già pulite e asciutte.

Fra i disinfettanti si consiglia di usare il vapore ad almeno 100° C: il suo utilizzo è da privilegiare per la pulizia dei pavimenti e pareti lavabili. Tra le attrezzature in commercio si consiglia la lavasuperfici a vapore a sistema multifunzionale (aspirapolvere, aspiraliquidi, lava-asciuga, lavasuperfici e vapore aspirato).

Tra i disinfettanti chimici optare per il cloro sotto forma di ipoclorito di sodio allo 0,5–1% di cloro attivo. La varechina in commercio o candeggina contiene ipoclorito di sodio al 5–6% di cloro attivo; occorre pertanto preparare una soluzione contenente 100 cc. di varechina in un litro d'acqua (rapporto 1:10).

Le soluzioni vanno preparate poco prima dell'uso perché si inattivano nel tempo. Quando si utilizza il disinfettante è importante aerare l'ambiente perché i vapori inalati possono essere irritanti sulle mucose.

E' sconsigliato l'uso di acidi quali l'acido muriatico o l'acido solforico perché sprigionano vapori molto irritanti e sono inoltre aggressivi per il cemento, l'ardesia, le superfici di gomma e il linoleum.

L'uso dei disinfettanti è limitato alle seguenti situazioni:
- disinfezione giornaliera dei servizi igienici;
- nel caso si verifichi la presenza di materiale organico (feci, urine, sangue, vomito, etc.).

Durante le operazioni di pulizia straordinaria non serve aggiungere il disinfettante nell'acqua per il lavaggio dell'arredamento in quanto, entro un'ora il numero dei microbi ritornerebbe al livello originale. I disinfettanti non servono per pulire più facilmente o più in fretta. Il loro uso, in questi casi, sarebbe un'inutile spesa: l'uso dei disinfettanti infatti non può sostituirsi ad una energica pulizia.

3. Periodicità negli interventi:

Il rispetto di un protocollo di sanificazione adeguato e attento rappresenta senza dubbio l'aspetto più importante per una corretta pulizia ed è quindi una priorità assoluta da assolvere: va quindi impostato un piano di pulizia in cui siano riportati frequenze, modalità, prodotti di intervento. In allegato 4 viene riportato un esempio di "Piano delle Pulizie".
Di seguito si riportano invece alcune procedure di lavoro nelle pulizia.

Procedure di lavoro (esempi)

Quattro sono i fattori fondamentali per ottenere una pulizia ottimale: **Tempo** (riferito sia al tempo di contatto con la soluzione detergente che in generale al tempo complessivo dedicato alle varie fasi della pulizia), **Temperatura** dell'acqua, la **Scelta del Detergente** e la **Frequenza dell'intervento**, fattori che devono essere sempre considerati in una procedura operativa.

PAVIMENTI (interni ed esterni)

- Aerazione dei locali.
- Raccolta ad umido della polvere con:
  - le scope a trapezio con suola di caucciù, a cui vanno applicate garze in cotone opportunamente umidificate;
  - le scope a trapezio lamellari, dotate di 7 lamelle flessibili che raccolgono una dopo l'altra le particelle di sporco, grazie ad uno speciale sistema di fissaggio. A queste scope vengono applicate minigarze pretrattate con oli minerali che garantiscono un'ottimale raccolta a umido della polvere. Le minigarze devono essere cambiate ogni 12-24 mq. di superficie, a seconda del grado di sporco. E' sconsigliata la scopa a secco in quanto si sposta solo la polvere;
  - convogliamento dello sporco in un punto e successiva raccolta con paletta, travaso in sacco porta rifiuti.
- Lavaggio con MOP e secchio carrellato composto da 2 contenitori per la divisione dell'acqua pulita/sporca.

  PRODOTTO:
  - Detergente universale.

  FREQUENZA:
  - Quotidiana: 2 volte al dì nei servizi igienici.
  - Quotidiana: 1 volta al dì in tutti i locali utilizzati.
  - Settimanalmente pulizia a fondo negli stessi locali.

ARREDI E SUPERFICI LAVABILI

- Aerazione dei locali.
- Igiene e pulizia delle superfici e asportazione della polvere e dello sporco con panno bagnato in soluzione di acqua e detergente. Si utilizzano panni-spugna diversificati per codice-colore a seconda che si utilizzino per i tavoli, i lavandini o i servizi igienici o panni monouso.

  PRODOTTO:
  - Detergente universale e creme abrasive (per servizi igienici).

  FREQUENZA:
  - Quotidiana: 1 volta al dì nei seguenti locali: salone - laboratorio - ufficio - armadietti - entrata (al bisogno quotidiana o settimanale) – cucinino;
  - Quotidiana: 2 volte al dì (detersione con creme abrasive e disinfezione) nei servizi igienici.

SPECCHI E VETRI

- Aerazione dei locali.
- Asportazione della polvere e dello sporco con panno bagnato in soluzione di acqua e/o con prodotto specifico per vetri o detergente diluito con acqua (no ammoniaca).
- Asciugatura con panno di cotone.

PRODOTTO:

- Prodotto spray specifico per vetri detergente diluito con acqua.

FREQUENZA:

- Quotidiana: 1 volta al dì: specchi e vetri porte entrata e corridoi al bisogno (almeno 1 volta ogni 30 gg.) vetri esterni e vetrate, lampade, lampadari.

SERVIZI IGIENICI

- Aerazione dei locali.
- Risciacquo dei lavabi e water dai residui organici.
- Lavaggio con lisoformio.
- Abbondante risciacquo con acqua.
- Eventuale disinfezione con straccio in cotone imbevuto di ipoclorito di sodio o ancora meglio trattamento con vapore nella seduta dei water.
- Svuotamento del contenitore della biancheria sporca e lavaggio del contenitore.
- Svuotamento dei contenitori pannolini sporchi.

PRODOTTO:

- Lisoformio e candeggina.

FREQUENZA :

- Quotidiana: 2 volte al dì e al bisogno.

PANNOLINI

- I pannolini sporchi di urina vanno inseriti in apposito sacco giallo porta rifiuti, mentre i pannolini sporchi di feci vengono prima inseriti in apposito contenitore dotato di particolare chiusura e munito di sacco porta rifiuti con barriera anti-batterica. Dopo la chiusura dello stesso, vengono inseriti nel sacco giallo porta rifiuti e il tutto viene posto nel punto di raccolta dei rifiuti solidi sito all'esterno dei locali dell'asilo. La raccolta dei rifiuti stessi viene effettuata dalla ditta preposta. Le pattumiere, a pedale e inaccessibili ai bambini, vanno svuotate spesso e disinfettate quotidianamente. Se la pulizia viene effettuata sul fasciatoio è necessario che lo stesso venga protetto da lenzuolini monouso. Qualora vengano utilizzati vasini, questi devono essere svuotati in un water e poi puliti in un lavello apposito e disinfettati ogni volta.

  Durante tutte le fasi del cambio devono essere usati guanti monouso e monopersona; è indispensabile un accurato lavaggio delle mani, prima e dopo l'operazione.

  Le procedure di cambio dei pannolini devono essere spiegate al personale ed affisse nella zona ove avvengono.

BIANCHERIA

- La biancheria sporca va inserita in appositi contenitori posti in ogni bagno delle varie sezioni.
- Il lavaggio va effettuato in lavatrici dotate di centralina per il dosaggio automatico dei detersivi con programma di prelavaggio e lavaggio a 60°C o 90°C.

  P.S. I camici, grembiuli e la biancheria della cucina vengono posti in apposito contenitore per la raccolta della biancheria sporca e, successivamente vengono lavati separatamente con prodotto specifico per la disinfezione dei capi.

FREQUENZA:

- la biancheria, come bavette e asciugamani (viso, mani e fasciatoi) vengono lavati dopo ogni uso; valutare i costi–benefici nell'uso di asciugamani di spugna monouso (dispendio di acqua, detersivi, energia elettrica per lavare ed asciugare, deterioramento degli asciugamani) con quelli di carta usa e getta.
- Le lenzuola e le federe vengono lavate al bisogno e comunque una volta la settimana.

- Lenzuola, coperte, materassi, devono essere accuratamente lavati tutte le volte che si sporcano con feci o urine.
- Coperte e materassi devono essere esposti al sole e sbattuti dalla polvere con cadenza di almeno 15 giorni; le coperte devono essere lavate alla fine dell'attività scolastica e riposte in appositi armadietti/contenitori a riparo dalla polvere.
- La rimanente biancheria viene lavata periodicamente e al bisogno.

GIOCHI

Periodicamente ed al bisogno, i giocattoli in stoffa, peluche, tessuti per travestimenti, etc. vengono lavati in lavatrice con prelavaggio e lavaggio a 60°C.

I giocattoli in plastica di piccole dimensioni, vengono lavati in lavastoviglie e tutti gli altri vengono lavati con una soluzione di acqua e detergente e successivamente asciugati con panno in cotone.

E' però indispensabile che i giochi utilizzati frequentemente da bambini di età da 0 a 3 anni siano lavati e disinfettati giornalmente. **I giocattoli usati da bambini più grandi possono essere lavati settimanalmente.**

I giochi sporchi di feci o altro materiale biologico devono essere immediatamente lavati e disinfettati.

DISPOSIZIONI GENERALI

Il lavaggio dei pavimenti e tutte le operazioni di pulizia ordinaria vengono effettuate in assenza dei bambini nei locali.

È opportuno che le schede tecniche dei prodotti in uso siano valutate dal Servizio di Prevenzione e Protezione ai sensi del D.Lgs. 81/2008.

Ai sensi dell'art. 18 del D.Lgs. 81/2008 il personale deve essere istruito sulle corrette quantità di prodotti da utilizzare nonché sulle corrette metodiche d'intervento.

Nell'ambito della programmazione per uno sviluppo sostenibile, si suggerisce di utilizzare detersivi e prodotti ecocompatibili, certificati Ecolabel o altri marchi ecologici ISO Tipo 1. Presso il sito http://www.eco-label.com/italian/, cliccando su "cerca un prodotto" oppure http://www.apat.gov.it/certificazioni/site/it-IT/Ecolabel/Prodotti certificati, selezionando la categoria di prodotto è possibile consultare l'elenco dei detersivi con marchio Ecolabel disponibili in Italia.

Le scorte dei prodotti di pulizia vanno poste in un locale non accessibile ai bambini frequentanti la struttura.

ALLEGATO 1: NORMATIVA DI RIFERIMENTO PER L'AMBIENTE SCOLASTICO

Regolamento Regionale n. 3 del 15/04/1973: "Norme tecniche per la redazione di progetti di costruzione e riattamento degli asili nido"

D.M. 18/12/1975: "Norme tecniche relative all'edilizia scolastica"

DLgs 313/1991: "Attuazione della Direttiva n 88/378 CEE sulla sicurezza dei giocattoli"

DM 26/08/1992: "Norme di prevenzione incendi per l'edilizia scolastica"

DPCM 5/12/1997: "Determinazione dei requisiti acustici passivi degli edifici"

LR 22/2002: "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"

DGR 1083 del 18/04/2003: "Linee guida per la progettazione degli asili nido nonché di micronidi nei luoghi di lavoro"

DGR 84 del 16/01/2007: L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali

DLgs 81/2008: "Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"

ALLEGATO 2: UN GIOCO PER OGNI ETÀ

Per garantire un gioco sicuro è altrettanto importante che venga valutata l'adeguatezza del giocattolo all'età del bambino.

Ecco alcuni esempi di giocattoli consigliati per le prime fasce di età:

- 0/3 mesi: giostrine da fissare alla culla.
- 0/6 mesi: oggetti semplici da manipolare come balocchi da afferrare, sonagli.
- 6/9 mesi: anelli in lattice di gomma da mordere, piccoli peluche.
- 9/12 mesi: animali su ruote da trascinare.
- 12/18 mesi: puzzle di plastica leggeri di 2 – 4 pezzi, piccoli veicoli, trenini.
- 18/24 mesi: piccoli tricicli, animali da montare, giochi da spingere o tirare, palette e secchiello e in generale tutti quei giochi che richiedono un minimo di capacità ricreativa e di realizzazione.

- 2/3 anni: passeggini e carrozzine per bambole, piccoli scivoli, puzzle di 2 – 4 pezzi, bambole, valigette del dottore, soldatini, cosmetici – giocattolo.

- 4/5 anni: puzzle a forma di cubo, set da costruzione, libri da colorare, pistole ad acqua o a palline.

- 5/6 anni: pattini, piccoli computer per giocare o per prime scritture, automobiline o moto elettriche, teatrini di marionette.

- 7/8 anni: corde per saltare, lavagnette, costruzioni, plastilina per modellare, radiogiocattoli, giochi con le carte e di società.

ALLEGATO 3: DIECI REGOLE PER SCEGLIERE IL GIOCATTOLO A MISURA DI BAMBINO

1. Considerare l'età del bambino ma non farne un vincolo: molti giocattoli "crescono insieme ai bambini che modificano il loro modo di utilizzarli in base alle loro nuove acquisizioni ed esigenze emotive".

2. Non farsi condizionare dal sesso: la definizione di giochi "da maschio" o da "femminuccia" spesso corrisponde a preconcetti culturali che i bambini non hanno. Un giocattolo non condizionerà il senso di identità del bambino, che dipende da fattori ben più profondi e complessi.

3. Mettere a disposizione del bambino una vasta gamma di possibili giochi affinché possa fare la sue scelte in base alle esigenze ed ai desideri del momento.

4. Non demonizzare alcuni giocattoli per le loro caratteristiche aggressive e potenzialmente violente: teniamo presente che l'aggressività è una componente del corredo emotivo umano e negarla può rendere più difficile per il bambino imparare ad affrontarla e gestirla. E' importante "supervisionare" tali giochi osservando l'utilizzo che il bambino ne fa.

5. Cercare di orientare la scelta verso giocattoli che permettano un intervento attivo del bambino, che si possono cioè prestare a diversi utilizzi e trasformazioni in base alla fantasia del bambino che li riceve.

6. Non esagerare con i giocattoli "intelligenti", cioè quelli che hanno necessariamente una finalità didattica ed educativa: il bambino impara e cresce soprattutto fingendo, inventando, costruendo, recitando una parte.

7. Favorire, man mano che il bambino cresce, giochi da condividere con altri: crescendo infatti si sviluppa la sua capacità di giocare con altri bambini (sappiamo che il gioco è prioritariamente solitario fino a diventare nel tempo socializzato).

8. Non scegliere necessariamente fra quelli proposti dalla moda del momento, indirizzandosi qualche volta, verso un giocattolo "alternativo": anche se non è facile prescindere dall'influenza della pubblicità, specialmente quella televisiva, è opportuno provare a lasciarsi guidare dal proprio intuito.

9. Non utilizzare nella valutazione il solo parametro economico. Non sempre infatti un giocato costoso e appariscente susciterà nel bambino curiosità, divertimento ed interesse duraturo.

10. Scegliere il gioco pensando al bambino che lo riceve, e non per realizzare i propri desideri insoddisfatti (quello che non abbiamo potuto avere …) o per rivivere le emozioni della propria infanzia (il giocattolo che amavamo da piccoli...). Si potrà trovare soddisfazione e rivivere le proprie emozioni infantili dando al bambino la piena disponibilità a giocare con lui, a condividere i suoi percorsi fantastici e creativi.

ALLEGATO 4: PIANO DI PULIZIE

N.B. Si ricorda che disinfettanti, disincrostanti, prodotti per la pulizia e prodotti chimici in genere devono essere utilizzati secondo quanto previsto dalle schede tecniche di sicurezza allegate o riportate sui prodotti. E' indispensabile prendere visione di tali indicazioni e procedure PRIMA del loro uso. La valutazione dei loro rischi va inserita nel documento aziendale di valutazione del rischio secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81/2008.

PUNTO INTERVENTO	TIPO INTERVENTO	FREQUENZA	PRODOTTO	DOSAGGI	MODALITÀ
Pavimenti.	Pulizia con acqua a 50°C, detersione, risciacquo e asciugatura.	Quotidiana, in aule, corridoi, palestre e ingresso.	Detergente.	Secondo scheda tecnica.	Bagnare il panno/mop, passare superfici, risciaquare e lasciare aciugare.
Servizi igienici, pavimenti e sanitari.	Pulizia con acqua a 50°C. Lavaggio con lisoformio.	2 volte al giorno, più al bisogno.	Lisoformio e candeggina.	Secondo scheda tecnica.	Versare, lasciare agire per 5 minuti e risciacquare.
Tavoli e arredi di uso quotidiano.	Detersione con acqua e prodotto specifico.	Quotidiana	Detergente.	Secondo scheda tecnica.	Passare con panno bagnato, detersione, asciugatura.
Specchi e vetri porta entrata e corridoi.	Detersione con acqua e prodotto specifico.	Quotidiana	Prodotto specifico.	Secondo scheda tecnica.	Passare con panno bagnato, asciugatura.
Bavaglie e asciugamani viso, mani, fasciatoi.	Lavaggio in lavatrice a 90°C.	Dopo ogni uso.			
Lenzuola e federe.	Lavaggio in lavatrice a 60°C.	Settimanale, più al bisogno.			
Giochi in stoffa, vestiti per travestimenti.	Lavaggio in lavatrice a 60°C.	Settimanale se uso frequente, più al bisogno.			
Giochi di plastica.	Lavaggio in lavastoviglie o immersi in soluzione disinfettante.	Settimanale, più al bisogno. Per bambini da 0 a 3 anni quotidiana.			

Appunti:

QUARTA PARTE:
ALCUNE INDICAZIONI PER GLI OPERATORI SCOLASTICI SU SINTOMI E MALATTIE PIÙ FREQUENTI



1 - ASMA

Cos'è

Per definizione l'asma è un processo infiammatorio cronico delle vie respiratorie caratterizzato da ostruzione bronchiale accessuale e da iper reattività bronchiale reversibile anche spontaneamente ma più spesso con terapia medica.
In questi ultimi anni gli asmatici sono andati via via aumentando di numero; talvolta altri in famiglia presentano gli stessi disturbi.

I sintomi dell'asma possono, specie con l'adolescenza, scomparire o attenuarsi per poi ricomparire in età matura.
Le cure attuali permettono al bambino di avere una qualità di vita pressoché normale.

Sinteticamente i sintomi che caratterizzano l'accesso asmatico sono:

- **Difficoltà respiratoria (dispnea).**
- **Respiro sibilante, in espirio (espulsione dell'aria).**
- **Tosse insistente ed accessuale.**
- **Senso di fame d'aria.**

Questi sintomi variano di intensità e di frequenza da soggetto a soggetto e sono spesso in combinazione tra loro.
Esiste per questo una classificazione che potremmo suddividere in asma lieve, moderata e grave su cui spetta al Medico disquisire.
Se la terapia è adeguata molto difficilmente il bambino potrà avere una sintomatologia grave. Comunque gli insegnanti o il personale scolastico devono riconoscere quando il bambino ha bisogno di aiuto.

Bisogna preoccuparsi di un bambino che ha tosse accessuale, insistente e che contemporaneamente fa fatica a respirare presentando un sibilo espiratorio, ma che è anche apatico, poco dinamico, parla con difficoltà, presenta un battito cardiaco molto frequente, è chiaro che in questo caso vanno avvisati i genitori.

Cosa fare

La prima cosa da fare quando il bambino è noto per essere asmatico è somministrare, in caso di difficoltà respiratoria, del Salbutamolo per aerosol o spray, gli unici effetti collaterali potrebbero essere una modesta tachicardia, qualche tremore e agitazione, quindi non vi è da preoccuparsi, ma attenersi ai protocolli.

In caso di grossa difficoltà respiratoria e in attesa dei genitori, questo farmaco può essere somministrato anche ogni 20-30 minuti, per più volte.

In caso di **asma allergico** stagionale da pollini (graminacee, parietaria, alternaria e altri) evitare il più possibile durante la fioritura di portare il bambino asmatico in mezzo al prato ed evitare anche l'attività motoria eccessiva potendo lo sforzo fisico innescare una crisi asmatica.

2 - CONGIUNTIVITE

Cos'è

Il termine congiuntivite indica un processo infiammatorio dell'occhio che coinvolge la congiuntiva, membrana che ricopre l'occhio, e che si manifesta comunemente con occhio rosso, lacrimazione intensa, secrezione e sensazione di corpo estraneo.
Esistono diversi tipi di congiuntivite, spesso classificate in base alla causa che le ha determinate.

Le **congiuntiviti provocate da batteri** vengono più frequentemente contratte per contagio aereo o per contatto diretto occhi-mani. L'insorgenza è rapida e si presenta con arrossamento della congiuntiva, cui segue, nell'arco delle 24 ore, la comparsa dei sintomi caratteristici cui si associa **secrezione purulenta giallastra-appiccicosa**. L'esordio è spesso monolaterale, cioè coinvolge un solo occhio. Se sottoposta correttamente a trattamento tempestivo, è possibile evitare la diffusione dell'infezione all'altro occhio. A causa dell'elevata contagiosità, è importante seguire norme igieniche di base, quali lavare con frequenza le mani e adottare un'adeguata igiene perioculare. La terapia consente la risoluzione del quadro clinico in 4-5 giorni.

Le **congiuntiviti virali** si manifestano con intensa iperemia ed edema della congiuntiva, ma i segni più rilevanti sono rappresentati da un'abbondante e continua secrezione acquosa. Altri sintomi sono sensazione di corpo estraneo, dolorabilità e fastidio alla luce. Le forme virali spesso si complicano con impegno della cornea e prendono il nome di **cheratocongiuntiviti**. L'esordio è repentino e la sintomatologia si manifesta nell'arco di poche ore, sono coinvolti quasi sempre entrambi gli occhi a causa dell'elevata contagiosità, che permane per circa 2 settimane. La forma virale compare di solito in concomitanza con episodi influenzali che coinvolgono le vie aeree superiori. La risoluzione dei sintomi richiede non meno di tre settimane.

Le **congiuntiviti allergiche** sono la manifestazione di una iper sensibilità della superficie oculare ad alcuni allergeni esogeni (stagionali come i pollini o perenni come gli acari), con cui il paziente viene in contatto. Il quadro clinico è molto caratteristico e il prurito è il sintomo principale, insieme al gonfiore palpebrale e ad un'intensa lacrimazione.

Cosa fare

Per le congiuntiviti infettive vengono prescritti colliri che, a seconda dei casi, possono contenere antibiotici, antifungini o antivirali. In alcuni casi si associano colliri con funzione antinfiammatoria. In caso di congiuntiviti allergiche si utilizzano farmaci a base di antistaminici.

A scuola

Nelle congiuntiviti batteriche con evidenti secrezioni il bambino va allontanato dalla frequenza scolastica fino a 48 ore dopo l'inizio del trattamento.

3 - OTALGIA (MAL D'ORECCHIO)

Cos'è

È un problema frequente, soprattutto nel bambino piccolo che frequenta il Nido e la Scuola dell'Infanzia. È causato dall'irritazione del timpano che spesso si associa al raffreddore comune. Può essere accompagnato da febbre se di natura infettiva Può anche non essere di natura infettiva, dovuto a particolari situazioni di equilibrio della membrana timpanica per difficoltà di compensazione fra l'orecchio medio ed esterno.

Meno frequentemente il mal d'orecchio è dovuto ad un'infiammazione del condotto uditivo (otite esterna).

Cosa fare

Trattare il dolore con un farmaco antidolorifico (ad esempio PARACETAMOLO o IBUPROFENE in soggetti non intolleranti al farmaco).

NON mettere – senza precisa indicazione – gocce di alcun genere nell'orecchio.

Quando consultare il Pediatra

La visita non è necessaria se il dolore si risolve definitivamente dopo la somministrazione dell'antidolorifico.
È indicata se il dolore persiste o si ripresenta più volte oppure ci sono secrezioni esterne.

Nota

La fuoriuscita di secrezione appiccicaticcia dal condotto uditivo può accompagnare la risoluzione del mal d'orecchio. Non deve allarmare (non provoca infatti conseguenze pericolose) ma semplicemente indicare l'utilità di consultare il proprio Pediatra, se la febbre persiste.

Quando è necessaria una visita urgente

La visita medica presenta carattere dell'urgenza se, nonostante la somministrazione di farmaci antidolorifici per bocca, persiste dolore intenso, febbre elevata ed aspetto sofferente.

4 - TOSSE

La tosse è una risposta naturale dell'organismo che avviene attraverso l'emissione violenta di aria dai polmoni talora accompagnata da secrezioni. Può essere secca e ad accessi, oppure umida e produttiva. La tosse ha comunque lo scopo di espellere il catarro, le sostanze irritanti o i corpi estranei. Per questo non deve quasi mai essere sedata.

Quali sono le cause?

Di solito la tosse deriva da un'infezione, spesso virale, destinata a guarire da sola. Alcune volte può essere dovuta anche a batteri, ad inalazione di un corpo estraneo (raro), a un'allergia respiratoria e a sostanze irritanti inalate (esempio fumo di sigaretta anche passivo).

La convivenza con altri bambini all'asilo è la causa principale delle infezioni, specialmente respiratorie accompagnate da tosse. La spiegazione di tale ricorrenza va cercata nell'immaturità del sistema immunitario che non essendo compresa dai genitori spesso induce grandi preoccupazioni, soprattutto nei casi in cui non sembra esserci soluzione di continuità fra i singoli episodi.

Cosa si può fare per alleviare il fastidio?

Ecco alcuni consigli:

- Somministrare al bambino liquidi tiepidi e zuccherati anche con miele: l'acqua è il più potente "mucolitico" esistente in natura!
- Mantenere umido l'ambiente (non le camere) con umidificatore: un'umidità relativa del 40-60% è quella giusta. I più piccoli possono essere condotti in bagno per 15 minuti, dopo aver aperto tutti i rubinetti dell'acqua calda finché lo specchio ed i vetri si appannano (questa tecnica è utile in caso di tossi secche).
- Evitare il fumo passivo che si respira in ambienti in cui sono o sono stati presenti fumatori: il fumo stimola la tosse agendo come irritante delle mucose, anche quelle del bambino sano!
- Usare solo farmaci prescritti dai pediatri nel singolo caso. I calmanti della tosse si usano dopo l'anno di vita su prescrizione medica quando la tosse è molto fastidiosa.

Avvertite subito i genitori se:

- Il bambino ha pochi mesi e tossisce spessissimo.
- Respira con affanno.
- Ha la respirazione frequente e difficile, anche quando non tossisce.
- Ha le labbra di un colorito grigiastro o si fanno scure durante l'attacco di tosse: questo indica che ci può essere un difetto d'ossigenazione.
- C'è sospetto di inalazione di corpi estranei: in questo caso la tosse compare improvvisamente dopo un momento di apparente soffocamento.

5 - FEBBRE

La temperatura corporea varia da persona a persona durante la giornata e può essere più elevata in alcune condizioni (durante il sonno, in caso di ambiente surriscaldato, dopo sforzo fisico).
Nei primi 18-24 mesi di vita, la temperatura si può misurare anche per via rettale (tranne in caso di diarrea). Con questo metodo si deve togliere almeno 5 linee per equipararla alla temperatura corporea esterna.
La temperatura corporea misurata per via ascellare e inguinale è normale fino a 37,5° C.
E' consigliabile l'uso di un termometro digitale.

Cos'è

La febbre è una reazione di difesa del nostro organismo e come tale non deve essere considerata una evenienza negativa. La febbre ha potere virucida per cui l'uso dell'antifebbrile, quando non è necessario, può prolungare di qualche giorno la malattia se di origine virale inoltre mascherando i sintomi può favorire il contagio di bambini sani.
Al di sopra di certi valori la febbre può tuttavia risultare "fastidiosa" (cefalea, stanchezza, sete), per cui la sua attenuazione può risultare utile.
La grande maggioranza degli episodi febbrili tra il primo e il sesto anno di vita (specie se il bambino frequenta l'Asilo Nido o la Scuola dell'Infanzia) è causata da comuni malattie virali delle prime vie aeree che si risolvono in genere spontaneamente nei tre giorni successivi al loro inizio.

Cosa fare

1. Somministrare un antifebbrile (ad esempio il paracetamolo) alla dose di 1 ml ogni 2 kg di peso, da ripetere se necessario ogni 4-6 ore.
2. Idratare il bambino dandogli da bere acqua fresca o spremute di frutta fresca (non succhi di frutta).
3. Vestirlo "normalmente" (non coprirlo troppo) per favorire la traspirazione e con essa la dispersione del calore.
4. Non forzare l'alimentazione ma consentirgli di mangiare gli alimenti che gradisce spontaneamente.
5. E' importante ricordare che, passato l'effetto dell'antifebbrile, la temperatura corporea può risalire: questo può non essere motivo di preoccupazione anche se una durata prolungata richiede maggiore considerazione.

Quando consultare il Pediatra

- Età inferiore ai 3 mesi.
- Presenza di torpore, vomiti, spossatezza o comportamento anormale, malgrado la somministrazione dell'antifebbrile sia stata corretta nei tempi e nei modi.

6 - DIARREA

Cos'è

E' l'emissione di feci liquide, talora maleodoranti e con muco, più numerose del solito (per quantità e per numero di scariche).La diarrea è un concetto legato alla consistenza delle feci (liquide) e non alla frequenza delle scariche!

Cosa Fare

1. Bisogna somministrare liquidi e soluzioni idro saline per compensare le perdite dei sali minerali. Il latte materno non va mai sospeso.

1. In caso di diarrea lieve (scariche poco abbondanti e non molto frequenti) l'alimentazione normale non deve essere sospesa, ma occorre dare da bere tra i pasti (acqua, thé, camomilla, non succhi di frutta o liquidi molto zuccherati).
2. In caso di diarrea grave (scariche frequenti ed abbondanti) l'alimentazione va sospesa per 6 ore ed al bambino vanno offerte in abbondanza le soluzioni reidratanti in commercio (alcuni esempi: Dicodral 60, Pedialyte, Idravita, GES 60, Alhydrate), seguendo le istruzioni nelle confezioni per una corretta diluizione. Meglio se leggermente fredde per renderle più palatabili.
3. Se il bambino non gradisce il sapore della soluzione idratante si può aggiungere un po' di succo d'arancia, ma non zucchero.
4. Se è presente vomito, la somministrazione deve essere effettuata con un cucchiaio a getto continuo come se fosse una fleboclisi.
5. Dopo le prime 6 ore, se non è più presente il vomito, il bambino può riprendere l'alimentazione normale anche se le feci non si sono ancora normalizzate.

Quando consultare il Pediatra

- Nel caso in cui le scariche siano frequenti ed abbondanti (più di 7 al dì).
- Nel caso in cui il bambino vomiti e/o non beva o abbia febbre elevata.
- In presenza di dolori addominali persistenti.
- Se il bambino ha un'età inferiore ad 1 anno e/o presenta emissione di feci muco-sanguinolente.

Quando è necessaria una visita urgente

Se, oltre ai sintomi precedenti, il bambino appare sonnolento, irritabile, collassato ed urina poco.

7 - DIABETE

Cos'è

Il diabete giovanile è il risultato della mancata produzione, da parte del pancreas, di un ormone: l'insulina. Senza l'insulina gli zuccheri non possono essere utilizzati dalle cellule per la produzione di energia.

Il diabete **non è una malattia infettiva**. Allo stato attuale delle conoscenze di diabete non si guarisce, però può essere ben controllato.

Qual è il suo trattamento

Consiste in tre/quattro iniezioni quotidiane di insulina ed in una dieta equilibrata.
I bambini diabetici possono pertanto, partecipare a tutte le attività scolastiche e non devono assolutamente essere trattati diversamente dagli altri studenti.
E' bene sapere anche che una regolare attività sportiva aiuta, in maniera decisiva, a mantenere il metabolismo del bambino diabetico in buon equilibrio.

Nota bene: per tale patologia va concordato un incontro in ambito scolastico con i genitori e possibilmente il Medico curante.

Situazioni di emergenza

Quando il livello dello zucchero nel sangue è troppo basso si ha la cosiddetta ipoglicemia. Ciò può essere causato da una carenza di cibo, da una dose superiore al fabbisogno di insulina od anche ad un eccessivo esercizio fisico.

L'ipoglicemia si manifesta con sintomi vari, che in genere il bambino diabetico ben riconosce, quali **pallore, sudorazione, sensazione di fame, mal di testa, difficoltà di concentrazione, nervosismo, affaticamento, vertigini, vista annebbiata, confusione mentale, dolori addominali.**
Basta la comparsa di uno o più di questi sintomi per sospettare uno stato di ipoglicemia.
Ai primi segni di ipoglicemia somministrare, **se necessario forzando il bambino**:

- ZUCCHERO - 3 ZOLLETTE O TRE CUCCHIAINI DA TE';
- oppure SUCCHI DI FRUTTA - UN BICCHIERE;
- oppure ARANCIATA/COCA COLA - UN BICCHIERE.

Aspettare 5/10 minuti, se il bambino non migliora ripetere la somministrazione. Avvisare, comunque, i genitori. Qualora l'ipoglicemia si sia manifestata con perdita di conoscenza o convulsioni, mettere una zolletta di zucchero tra i denti e la guancia, evitando i liquidi per pericolo di soffocamento.

In entrambi i casi se dopo 5/10 minuti dal secondo trattamento, non si sia manifestato nessun miglioramento occorre inviare il bambino **immediatamente** al più vicino **ospedale specificando chiaramente al personale sanitario che si tratta di un bambino con diabete** (salvo diverso protocollo concordato con genitori e Medico curante es. somministrazione di Glucagone).

Questa evenienza è, comunque, estremamente rara.

Quando il bambino avrà superato la crisi, sarà opportuno fargli mangiare un mezzo panino, dopo di che potrà riprendere la normale attività scolastica. Dell'episodio dovranno essere avvertiti i genitori.

In altri casi, se il controllo della malattia non é perfetto, il bambino può avere bisogno di bere e di urinare con frequenza, pertanto deve essere posto in condizione di soddisfare queste impellenti necessità. E' da tenere presente anche che il bambino deve mangiare ad ore fisse, incluso uno spuntino a metà mattina ed a metà pomeriggio e non mangiare fuori di questi orari.

Infine il bambino potrà avere bisogno di determinare il livello dello zucchero nelle urine o nel sangue. Bisognerà pertanto permettergli di eseguire queste semplici determinazioni.

8 – CONVULSIONI FEBBRILI

Che cosa sono

L'episodio convulsivo deve essere considerato come una particolare reazione del sistema nervoso al rapido variare (aumento o caduta) della temperatura ,in genere in bambini tra i sei mesi ed i 5 anni di vita.
Solitamente si manifesta con perdita di coscienza e scosse degli arti, talvolta con uno stato di irrigidimento o di rilasciamento muscolare.
In genere dura alcuni minuti, dopo di che spesso compare una profonda sonnolenza, che rappresenta il periodo di ritorno alla normalità.
Nel 60-70% dei casi non si verificano nuovi episodi (recidive) dopo la prima crisi; nel 30-40% dei casi invece è possibile assistere alla comparsa di una o più recidive anche a distanza di mesi, ma sempre in presenza di febbre e per le quali non si può far nulla se non riconoscerle e trattarle adeguatamente. Per questo motivo, se il bambino ha già presentato un primo episodio convulsivo è bene avvisare il personale della Scuola dell'Infanzia e fornire il necessario per trattare un possibile secondo episodio. Le convulsioni febbrili in genere scompaiono tra i cinque ed i sei anni di vita.
Nonostante la drammaticità della manifestazione in genere le convulsioni febbrili, specie negli episodi successivi al primo, **sono manifestazioni benigne e che si autolimitano durando da pochi secondi a qualche minuto**.

Come trattare una crisi

- Non perdere la calma (i genitori o il personale della scuola possono aiutare il bambino più tempestivamente di chiunque altro: portare subito il bambino in ospedale o chiamare il Pediatra fa perdere del tempo e ritarda le cure);
- non scuotere il bambino, non schiaffeggiarlo o chiamarlo per nome, non cercare di bloccarlo (sono manovre assolutamente inutili, che ritardano le cure efficaci);
- porre delicatamente il bambino sdraiato sul fianco (per evitare che aspiri muco o materiale vomitato, e per impedire alla lingua di ostruire le vie aeree), in un luogo dove non possa cadere e farsi male, aprire le vesti strette, pulire velocemente la bocca dalla saliva e da eventuali residui alimentari;
- somministrare al più presto per via rettale il Diazepam (se concordato con i genitori può essere somministrato da chiunque accudisca il bambino: genitori, nonni, baby-sitter, operatori dell'asilo o della scuola). Ci sono in commercio prodotti già pronti all'uso sotto forma di microclismi a dosaggi diversi in rapporto al peso del bambino (esempio micronoan);
- ripetere la dose se la prima viene espulsa, o se la crisi non regredisce in 2-3 minuti;
- a crisi risolta, contattare i genitori e il Pediatra curante.

Avvisando contemporaneamente la famiglia, chiamare il 118 o, in situazioni di estrema difficoltà a garantire una rapida assistenza sanitaria, portare il bambino presso il più vicino pronto soccorso ospedaliero facendosi accompagnare, per non essere impegnati nella guida e poter accudire il bambino, se:

- il bambino ha meno di un anno d'età;
- le crisi diventano subentranti;
- e/o non cedono dopo somministrazione di Diazepam.

9 – ALLERGIE ALIMENTARI

Che cosa sono

Le allergie alimentari sono una reazione del sistema immunitario nei confronti di un alimento o di un suo componente.
L'epidemiologia non fornisce ancora dati precisi per la popolazione italiana, mentre a livello europeo si stima una prevalenza di 1-2% nella popolazione generale, con percentuali modestamente maggiori nella popolazione infantile di età inferiore ai 3 anni.

Si parla di vera **allergia alimentare** quando la risposta avversa è sostenuta da una reazione di tipo immunologico cellulo-mediata, scatenata anche da quantità minime di alimento.
I sintomi della reazione negativa agli alimenti di solito appaiono subito (da 2-3 minuti) o in tempi più lunghi (da 30-120 minuti), coinvolgono la pelle (prurito e gonfiore) il tratto gastro-intestinale (nausea, vomito, dolori addominali) e il sistema respiratorio. Possono presentarsi da soli o insieme e in alcuni casi vi è una reazione generalizzata (shock anafilattico).

Si definisce **intolleranza alimentare** qualsiasi reazione indesiderata che non è mediata da meccanismi immunologici e la gravità delle manifestazioni patologiche è correlata alla quantità di alimento assunta (dose-dipendente).
I sintomi dell'intolleranza (orticaria, diarrea, vomito, ….) sono molto simili a quelli dell'allergia.
L'intolleranza può essere correlata a componenti presenti negli alimenti (es. istamina nel pesce), può essere legata a sostanze contenute nell'alimento (es. tiramina dei formaggi stagionati) o può derivare da caratteristiche dell'individuo (es. deficit di lattasi).

Cosa fare

Quando il sospetto di allergia alimentare è fondato, gli specialisti propongono una dieta di eliminazione, basata sul principio dell'esclusione progressiva degli alimenti fino all'individuazione dell'alimento o componente allergizzante.
Particolare attenzione va rivolta ai criteri di diagnosi delle condizioni di intolleranza, poiché vi è un proliferare di test di diversa complessità e natura, la cui validazione è ben lontana dall'essere acquisita.

La Direttiva europea 2000/13 e le successive modifiche elenca gli alimenti più frequentemente risultati causa di allergia, che devono risultare indicati chiaramente in etichetta, sia se presenti come ingredienti, come additivi e coadiuvanti o anche come residui o contaminanti derivanti dalle pratiche di lavorazione: controllare quindi sempre e con accuratezza l'etichetta dei prodotti.

A scuola

L'alunno che presenta allergia o intolleranza alimentare quando usufruisce del servizio di ristorazione ha bisogno di una dieta particolare.
Le modalità operative sono esplicitate nell'allegato 6 "Diete speciali" delle LINEE GUIDA REGIONALI SULLA RISTORAZIONE SCOLASTICA (DGRV 3883/2001) aggiornate nell'ottobre 2008. Il genitore, utilizzando uno specifico modulo A della DGR, corredato dal certificato medico del curante, richiede all'ufficio competente del Comune/scuola la predisposizione di una dieta speciale.

Appunti:

APPENDICE:
LA PREVENZIONE NEI PRIMI ANNI DI VITA:
CAMPAGNA GENITORIPIÙ



REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

1 Prendere per tempo l'acido folico

Raccomandazione per la riduzione del rischio di difetti congeniti

Si raccomanda che le donne che programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico, 1-2 settimane prima del concepimento e per tutto il primo trimestre di gravidanza per ridurre il rischio di difetti congeniti.

Perché?

Sulla base di prove di efficacia ottenute in paesi diversi dall'Italia, si può affermare che la regolare supplementazione di acido folico iniziata prima del concepimento riduce il rischio di difetti del tubo neurale (DTN) del 50-70%. Tale supplementazione potrebbe anche ridurre del 10-20% il rischio di altri difetti congeniti, nel loro insieme relativamente comuni, tra cui alcune cardiopatie congenite e labio-palatoschisi.

Quanto?

Per ottenere questi benefici, oltre ad una alimentazione corretta ed equilibrata ricca di frutta (es. arance, mandarini, clementini, succhi freschi di agrumi), verdura (es. spinaci, carciofi, indivia, bieta, broccoli, cavoli) e legumi (es. lenticchie, fagioli), è necessaria una supplementazione giornaliera iniziata prima del concepimento di almeno 0,4 mg fino a l,O mg o settimanale (5 mg x 1) di acido folico.

Nelle donne che presentano riconosciuti fattori di rischio per DTN ed altre malformazioni suscettibili di riduzione del rischio con acido folico (es.: precedente gravidanza esitata in DTN, anamnesi familiare positiva per malformazioni, diabete insulino-dipendente, epilessia) sono raccomandati 4,0 - 5,0 mg al giorno.

Quando? Per quanto tempo?

Poiché i più comuni e gravi difetti congeniti insorgono tra il concepimento e 1'8a-12a settimana di gestazione, è necessario che la supplementazione inizi prima del concepimento e prosegua per tutto il primo trimestre di gravidanza.

1. La stima attualmente più ragionevole per la popolazione italiana è del 30-40%, dato il tasso attuale dei DTN del *0,75* per mille.

2. La scarsa disponibilità in Italia di alimenti arricchiti con acido folico impedisce al momento attuale di aggiungere una raccomandazione per favorire un ampio uso di alimenti fortificati. L'argomento sarà oggetto di revisione della raccomandazione non appena, come auspicabile, si modificasse tale situazione.

3. La dose giornaliera efficace minima è di 0,4 mg al giorno, dosaggi superiori, fino ad un massimo di 5 mg al giorno, potrebbero fornire una riduzione del rischio più elevata. È sconsigliato superare i 5 mg. die. La prescrizione di dosaggi superiori a 1 mg al giorno dovrebbe essere effettuata tenendo presenti i problemi legati alla carenza di vitamina B 12. La scelta del prodotto da consigliare deve tenere conto della regolare disponibilità locale e del costo.

4. La supplementazione con acido folico, che può avere durata variabile prima del concepimento tra 1-2 settimane *a* qualche anno, ai dosaggi consigliati riduce il rischio di ipovitaminosi (clinica e sublinica) da acido folico, non presenta effetti collaterali indesiderati, e potrebbe fornire un vantaggio nella prevenzione di alcune patologie (es. trombosi vene profonde, ictus, infarto, tumori del colon, aborto, patologie della placenta).

La dieta di Mamma Rosita

Di mattina appena sveglia
beve latte dalla teglia
tanto calcio lei si piglia
sulle ossa lo scompiglia
un bel succo di limone
che ti arriccia il nasone
vitamina nella pancia
è più dolce con l'arancia
per il ferro carne e uova
cereali se li scova
i legumi e la verdura
per le fibre è una bravura
pane, pasta, riso al sugo
"Che pranzetto mi prosciugo"
pesce azzurro a volontà
e gli omega ecco qua
un po' d'olio che sia extra
pochi grassi ha la minestra
un po' di zucchero filato
non importa se è rosato
ed infine un buon consiglio
prende aria uno sbadiglio
acido folico mangia quieta
e lo aggiunge alla dieta.



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

2 Non fumare in gravidanza e con il bambino



Per smettere suggerimenti utili:

1. Fissa un giorno ben preciso per smettere di fumare.
2. Liberati di sigarette, accendini e posacenere.
3. Pulisci con cura l'interno dell'auto, lava le tende di casa e cose che possono trattenere l'odore di fumo.
4. Comunica la decisione a familiari, amici e colleghi.
5. Identifica i tuoi "momenti a rischio" (dopo i pasti, nelle pause, ecc.) in modo da tenerti all'erta.
6. Quando desideri fumare, distraiti. Ad esempio bevi un sorso d'acqua, coltiva un hobby manuale, fai una passeggiata o l'attività fisica che preferisci.
7. Impara a rilassarti e prova ad affrontare in modo diverso lo stress, sdrammatizzando le situazioni di tensione.
8. Evita per i primi tempi di frequentare luoghi e persone che ti inducono al fumo.

...sei in gravidanza o sei una neo mamma...

Troverai più sostegno nelle persone, fatti aiutare!
Se il tuo partner fuma, smettete insieme: la prima decisione da genitori presa a favore della salute del tuo bambino.
Non spaventarti dalla "sindrome da astinenza" perchè i sintomi durano alcuni giorni, al massimo poche settimane.
Smettendo di fumare potresti aumentare di qualche chilo; ma è il fumo il male peggiore!
Durante la gravidanza il tuo peso viene continuamente controllato:
segui le indicazioni del tuo medico curante, mangia più frutta e verdura e bevi molta acqua.
Consigliati sempre con il tuo medico, chiedi alla tua ostetrica: saranno in grado di sostenerti ed eventualmente indirizzarti ad un centro antifumo.

Proteggo il mio bambino

Creando un ambiente libero dal fumo riduco la probabilità di insorgenza di varie malattie respiratorie, otiti, asma e anche della morte in culla.

Fumo sì, fumo no

Fumo grigio fumo nero,
fumo grave fumo vero

fumo dentro fumo fuori
fumo senza fumo muori

fumo ancora fumo dopo
fumo sempre fumo al gioco

fumo piango fumo rido
fumo spento fumo infido
fumo noia fumo puzzo
fumo dopo fumo struzzo

fumo vai fumo vieni
fumo accendi fumo spegni

fumo pancia fumo mai
fumo bimba fumo guai

fumo sì fumo no
fumo mai io ci sto



Tratto da "Mamme libere da fumo" Opuscolo informativo per le famiglie"

Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

3 Allattarlo al seno

Passi per un allattamento al seno efficace

1. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno e farlo conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Informare tutte le donne in stato di gravidanza sui vantaggi e le tecniche dell'allattamento al seno.
3. Aiutare le madri ad iniziare l'allattamento al seno entro mezz'ora dal parto.
4. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso di separazione dal neonato.
5. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne su prescrizione medica.
6. Incoraggiare l'allattamento a richiesta (tutte le volte che il neonato piange o cerca il seno).
7. Non usare tettarelle (biberon) o succhiotti durante il periodo dell'allattamento al seno.

Tratto da: Iniziare l'allattamento al seno con il "Breast Crawl"



NNGU NNGU NNGU
MPHA MPHA MPHA
La tua bocca ecco qua
lascia un bacio sul mio seno
che ti aspetta pieno pieno
NNGU NNGU NNGU
La tua gola va su e giù
succhia succhia bimbo mio
che ti do il latte io
CRRT CRRT CRRTTO
Cosa sento?
È proprio un rutto
mi sorridi sei beato
tutto il latte hai mangiato
CIKKACIAKKA CIKKACIAKKA
La tua pancia fa la cacca
cacca molla cacca dura.
ma che puzza mia creatura
RRON RRON RRON
I tuoi occhi già si chiudon
nei tuoi sogni sei partito
col pugnetto sul mio dito
NINNA NINA NINNA NANNA
Dormi amore della mamma
che fra poco dormo anch'io
lo volesse anche Iddio....



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più

prendiamoci più cura della loro vita

4 Metterlo a dormire a pancia in sù



Accertati che il tuo bambino abbia la **testa scoperta** quando lo metti a dormire

Non mettere a dormire il tuo bambino su un **materasso ad acqua o su cuscini morbidi**

Usa un materasso pulito e della misura del letto in modo che **non possa muoversi**

Metti a dormire il tuo bambino **a pancia in su**



Rimboccagli bene le coperte

Sistema i piedi del tuo bambino al **fondo della culla**

Non sono raccomandati nella culla **trapunte, cuscini, piumini, giochi soffici, protezioni di gommapiuma**

Ninna Nanna, guarda in su

Ninna nanna guarda in su
nei tuoi occhi cade il blu
giocan stelle nella sera
mentre arriva primavera
È un concerto di violini
mentre dormono i bambini
con la schiena sul lettino
sulla pancia un bel piumino
Ninna nanna guarda in su
nei miei sogni ci sei tu
canta mamma la paura
di una vita più sicura.
È un profumo di ginestre
e si schiudon le finestre
mentre il cielo già s'indora
di una luna gran signora
Ninna nanna guarda in su
che papà non parla più
ed osserva il tuo respiro
mentre dormi come un ghiro



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

5 Proteggerlo in auto con il seggiolino



Gruppo 0 - Bambini di peso inferiore ai 10 kg

Vanno montati in senso contrario a quello di marcia o in avanti se il bambino pesa almeno 6 kg. In questo gruppo sono comprese anche le "navicelle", da fissare con le cinture dell'automobile.



Gruppo 0+ - Bambini di peso inferiore ai 13 kg

Hanno le stesse caratteristiche di quelli appartenenti al gruppo precedente ma offrono una protezione maggiore alla testa ed alle gambe.



Gruppo 1 - Bambini di peso compreso tra 9 kg e 18 kg.

Sono montati nel senso di marcia e fissati con la cintura di sicurezza del veicolo.



Gruppo 2 - Bambini di peso compreso tra i 15 e i 25 kg.

Cuscini con braccioli omologati (si usano le cinture del veicolo con l'aggiunta di un dispositivo di aggancio che si fissa nel punto in cui la cintura incrocia la spalla).



Gruppo 3 - Bambini di peso compreso tra 22 e 36 kg.

Cuscini senza braccioli da utilizzare sul sedile del veicolo per aumentare, da seduto, la statura del bambino affinché possa fare uso delle normali cinture di sicurezza.

Principali raccomandazioni

utilizzare seggiolini/adattatori sin dai primi giorni di vita e anche per brevi tragitti, la scelta va fatta in base al peso del bambino;
il posizionamento sul sedile posteriore (e in senso contrario alla marcia per i bambini con meno di 1 anno) fornisce la migliore protezione;
- non utilizzare il sedile anteriore in presenza di airbag lato passeggero non disattivato;
- non utilizzare la normale culla del bambino;
- non trasportare il bambino in braccio ad un adulto.

Legislazione italiana

Articolo 172 del Codice della Strada ("Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini") modificato dal Decreto Legislativo 13 marzo 2006 n. 150 "i bambini di altezza inferiore a 1,50 metri devono essere assicurati al sedile con un sistema di ritenuta per bambini, adeguato al loro peso, di tipo omologato..."

Non è quindi possibile trasportare sui sedili posteriori dell'auto bambini di età inferiore ai 3 anni in braccio ad un passeggero adulto.

Attenta Agnese

Brrm brrm t t t t t brrmmmmm
Pistaaa "mamma Nuvolari"!
Molla il freno accendi i fari
lega bene il seggiolino
dove metti il tuo bambino
Brrm brrm mheeeeeee mheeee
E allacciata la cintura
parte in quarta più sicura
sfreccia corre e sobbalza
spinge il dito nella calza
Brrm brrm frrrrrrrrrrrriiiiiii
Frena mamma... l'uccellino
che ti strizza l'occhiolino
mentre vola già lontano
tu che stringi la mia mano
Brrm brrm plo plo plo plo plo
Che succede non lo so
la benzina ohibbobò
è finita proprio adesso
mentre dormi come un sasso
Scch schhh schhh schhh
Dormi dormi mio bambino
ben legato al seggiolino
che la mamma aspetta china
il papà con la benzina



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

6 Fare tutte le vaccinazioni consigliate

Ogni bambino ha bisogno di essere protetto.
Calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva del Veneto

Vaccino	3° mese	5° mese	13° mese	14° mese	15° mese	6 anni	12 anni	15 anni
Anti difterite tetano pertosse	●	●	●			●		●
Antipolio inattivo	●	●	●			●		
Epatite B	●	●	●					
Anti Haemophilus influenzae b	●	●	●					
Anti morbillo parotite rosolia				●		●		
Anti pneumococcico coniugato eptavalente	●	●			●			
Anti meningococco C coniugato			●					●
Varicella				●		●		
Anti Papilloma virus							●	



Huheee huheee huhee

Huheee huheee huheee
È ormai nato il mio bebè
è una bella femminuccia
col faccino da bertuccia
Huheee huheee huheee
È ormai nato il mio bebè
è un maschietto col pisello
son già pronta con l'ombrello
Strilla succhia fa la cacca
Dorme appeso alla mia giacca
io lo guardo e mi spavento
già mi prende lo sgomento

Cosa far perchè sia sano
Il libretto ho già in mano
dei vaccini le prudenze
segno in rosso le scadenze
polio tetano epatite
rosolia e difterite
il morbillo e la pertosse
parotite son le mosse
huheee huhee huhee
Dormi bimbo su di me
che fin d'ora sto vegliando
ed il male allontanando



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

7 Leggergli un libro

Come condividere i libri con i vostri bambini

- Scegliete un luogo confortevole dove sedervi
- Recitate o cantate le filastrocche del suo libro preferito
- Cercate di eliminare le altre fonti di distrazione (televisione, radio, stereo..)
- Tenete in mano il libro in modo che il vostro bambino possa vedere le pagine chiaramente
- Fategli indicare le figure
- Parlate delle figure e ripetete le parole di uso comune
- Leggete con partecipazione, create le voci dei personaggi e usate la mimica per raccontare la storia
- Variate il ritmo di lettura (più lento o più veloce)
- Fategli domande: cosa pensi che succederà adesso?
- Lasciate che il bambino faccia le domande e cogliete l'occasione per parlare
- Fategli raccontare la storia
- Lasciate scegliere i libri da leggere al vostro bambino
- Rileggetegli i suoi libri preferiti anche se lo chiede spesso.



Mamma Rosita

Mamma Rosita
aveva una vita
cercava l'amore
dentro al suo cuore
mangiava polenta
a luce spenta
faceva scherzetti
agli angioletti
diceva perché
una bimba per me
non posso avere
e in braccio tenere.
Un giorno però
una strega trovò:
"Pimparapimpa
ecco la tua bimba
fai la polenta
a luce spenta
conta unduetre
e avrai un bebè
questi calzini
per i suoi piedini
e questa poesia
per la sua allegria".
Mamma Rosita
aveva un'altra vita
e trovato l'amore
di un altro cuore.



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

8 Fare attenzione agli incidenti domestici

Fasce più a rischio: i bambini sotto i 10 anni e gli anziani sopra i 65 anni.

Cinque sono le principali cause di morte e disabilità per incidente in bambini e adolescenti: incidente stradale, annegamento, avvelenamento, ustione, caduta.

Prevenire l'annegamento

Ricordare che i bambini più piccoli possono annegare in pochi centimetri d'acqua, quindi non lasciarli mai soli nella vasca da bagno, neanche per pochi minuti.

Coprire o rimuovere tutti i pericoli legati all'acqua dentro e intorno alla propria abitazione: pozzi, laghetti ornamentali e anche secchi/bacinelle se ci sono bambini piccoli nelle vicinanze.

Dopo l'uso svuotare sempre le vasche da bagno, i bidet, i catini, i secchi o qualsiasi altro recipiente che contenga dell'acqua.

Dopo l'uso togliere tutti i giocattoli dalla vasca per il bagnetto o dalla piscina, per evitare che il bambino sia tentato di andare a prenderli.

Se c'è una piscina, anche di quelle piccole gonfiabili, è opportuno recintarla, su tutti i lati, prima ancora che il bimbo sappia camminare.

Sorvegliare sempre i bambini mentre nuotano o si trovano vicino all'acqua.

Regolare la temperatura dell'acqua calda a max 50°C per prevenire scottature.

Prevenire l'avvelenamento

Conservare sotto chiave o fuori dalla portata dei bambini tutti i medicinali e le altre sostanze velenose (inclusi i prodotti per le pulizie domestiche).

Acquistare farmaci in confezioni a prova di bambini; evitare di tenere i medicinali nella borsetta; non dimenticarli su comodini, in cucina, nei cassetti.

Non travasare mai le sostanze (detersivi, diluenti, fertilizzanti per piante...) in contenitori diversi da quello originale.

Tenere fuori dalla portata dei bambini le bevande alcoliche e le sigarette.

Evitare di tenere in casa o in giardino piante velenose: azalea, oleandro, mughetto, narciso, dieffenbachia, ciclamino, anemone, edera, vischio, filodendro, agrifoglio, ginestra, tasso, ortensia, sono fra le più diffuse e comuni nelle nostre case.

Prevenire le ustioni

Tenere fuochi d'artificio, fiammiferi ed altri oggetti infiammabili fuori dalla portata dei bambini.

Acquistare solo accendini a prova di bambino.

Installare un allarme antincendio su ogni piano e testarlo una volta al mese per verificarne il corretto funzionamento.

Prevenire le cadute

Evitare di lasciare il bambino da solo su una superficie elevata (fasciatoio, tavolo, divano, letto senza sponde).

Prima di iniziare il cambio del pannolino, predisporre tutto l'occorrente per l'operazione, in modo da avere ogni oggetto necessario a portata di mano, senza dover lasciare il bambino da solo.

Il bambino deve essere adagiato sempre su un piano stabile.

Le sponde della culla o del lettino devono avere un'altezza da terra di almeno 75 cm. Le sponde non vanno mai lasciate abbassate quando il bambino è nel letto.

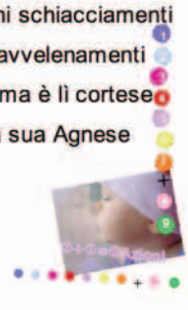
Utilizzare cancelletti di protezione sulle scale per evitare le cadute dei bambini piccoli e mantenere le scale sgombre da oggetti; posizionare sugli scalini strisce antiscivolo.

Vicino a finestre e terrazze, non lasciare arredi su cui possono arrampicarsi i bambini.

Installare blocchi alle finestre che si trovano sopra il pianterreno. Utilizzare ceramiche antisdrucciolo e dotare i tappeti di retina antiscivolo. Per impedire l'apertura di ante e cassetti, utilizzare gli appositi blocca antine.

Attenta Agnese

È così che pianpianino
parte Agnese a "gattino"
esplorando incuriosita
tutto tocca con le dita
ma la mamma sempre attenta
con prudenza tutto sventa
e nel bagno il tappetino
è antisdrucciolo e carino
Via le forbici e la lima
alcol phon e candeggina
mai da sola nella vasca
con papà il bagno è in tasca
In cucina stai attenta
forno pentole e polenta
scottan olio e pastasciutta
dai fornelli indietro tutta
Via le sedie alla finestra
prima mangia la minestra
vuol salir per ammirare
ma di sotto può cascare
Ha le sbarre intorno al letto
quando dorme è un "Caporetto"
buste e plastica s'infila
sulla testa e non respira
Tagli ustioni schiacciamenti
poi cadute avvelenamenti
ma la mamma è lì cortese
e difende la sua Agnese



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

REGIONE DEL VENETO

genitori più
prendiamoci più cura della loro vita

9 Evitare di assumere alcolici

Che fare in gravidanza?

• Gli organi vitali, quali cuore, cervello, scheletro si formano durante i primi 10-15 giorni dopo il concepimento. Spesso ciò avviene prima di sapere che si è in gravidanza.

Le donne che bevono abitualmente una o più volte al giorno (in media 3 o più bicchieri al giorno) presentano una maggior frequenza di aborti soprattutto durante il secondo trimestre di gravidanza. Ciò sarebbe imputabile ad un'azione tossica esercitata dall'alcol sul feto anche dopo assunzione di dosi modeste (ad esempio 2 bicchieri nella gravidanza avanzata).

• L'alcol attraversa la placenta e arriva direttamente al feto ad una concentrazione praticamente equivalente a quella della madre che ha assunto la bevanda alcolica.

• Il feto non è dotato di enzimi capaci di metabolizzare l'alcol e ne subisce gli effetti dannosi a livello cerebrale e sui tessuti in via di formazione. Tale azione negativa interferisce sui normali processi di sviluppo fisico (provocando malformazioni) ed intellettivo (generando ritardo mentale) in maniera più o meno grave in funzione dei livelli di consumo.

Sindrome fetale alcolica (FAS)

Quadro clinico caratterizzato da deficit della crescita, deficit neurologici e deficit psicosociali che manifestano i bambini nati da donne che durante la gravidanza hanno abusato e/o consumato regolarmente alcol. Gli effetti possono essere riscontrati dalla nascita fino all'età giovanile e adulta.

Effetti fetali dell'alcol (FAE)

Con questo termine si definiscono le espressioni parziali della FAS, soprattutto in ambito neurologico. I FAE possono limitare le facoltà cognitive e psicosociali tanto quanto la FAS e non ne rappresentano una manifestazione mitigata.

Disturbo dello spettro fetale alcolico (FASD)

Nella letteratura recente, si fa un uso sempre più frequente dell'espressione (FASD) per indicare che l'alcol può causare una sindrome con uno spettro variabile. Il FASD è un termine generale che include l'insieme dei danni causati dall'alcol sul nascituro.

È importante che le donne incinte e i loro partner siano informati sul rischio rappresentato dall'alcol per il nascituro.

Per molte donne, si pone la domanda: «Quanto alcol posso consumare durante la gravidanza senza mettere in pericolo la salute del mio bambino?». Le conoscenze scientifiche attuali non consentono di definire un valore limite preciso. Il consumo di alcol senza rischi per il bambino non esiste. Per le donne incinte sarebbe quindi saggio rinunciare completamente all'alcol. Se proprio non riescono a farne a meno, dovrebbero osservare le seguenti raccomandazioni:

– non bere alcol tutti i giorni

– non bere più di un bicchiere al giorno

– evitare sempre e comunque il consumo eccessivo.

Bevi Acqua

Bevi acqua di sorgente
che zampilla allegramente
quando hai sete e il tuo bebè
già si muove dentro te.

Bevi il latte della mucca
che odora anche di zucca
e ancor prima a colazione
bevi succo di limone.

Bevi arancia e mandarino
che fan bene al tuo bambino
bevi fragola e albicocca
pesca e kiwi metti in bocca.

La carota bevi ancora
che la pelle poi s'indora
mela rosa e biancospino
bevi il succo col budino.

la cicoria ed il finocchio
tanti sali stai all'occhio
Bevi ancora, ma attenta a te
Alcol no, ascolta me!



Ufficio relazioni con il pubblico 2009

BIBLIOGRAFIA

David L. Heymann M.D. – Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – 18° Edizione – Dea Editrice

American Accademy of Pediatrics – Red Book – Rapporto del comitato sulle malattie infettive –XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

CDC – The Pink Book – Epidemiology and Prevention of Vaccine – Preventable Diseases – 11° Edition, maggio 2009

G. Bartolozzi – Vaccini e Vaccinazioni –Masson editore, 2002

Circolare Ministero della Sanità: "Misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica", n. 4 del 13 marzo 1998

ISS – Bollettino Epidemiologico Nazionale – Vol. 14, n. 11 novembre 2001

Guidance for infection control in schools. CDR Weekly 1999.9 – 269

Hale CM, Polder JA – The ABCs of safe and healthy child case: a handbook for child care providers – Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, 1996

Richardson M., Elliman D., Maguire H., et al. – Pediatr Infect Dis J 2001.20 – 380 – 91

Franca Parizzi Sophie Guez – Controllo delle infezioni nella comunità infantili – Edizione ABA scientifica

Eva Buiatti Marco Geddes Gavino Maciocco – Manuale di Sanità Pubblica – Edizione NIS La Nuova Italia Scientifica

Associazione Culturale Pediatri – Profilassi malattie infettive nelle comunità (Consensus Conference) – Bologna 17.09.1993

Direzione Regionale per la Prevenzione 14/04/1998 – Misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica

Prévention et contro des infections dans les centres de la petite enfance – Guide d'intervention – Le publications du Quebec

Luigi Checcacci – Medicina preventiva e igiene – Casa Editrice Ambrosiana Milano

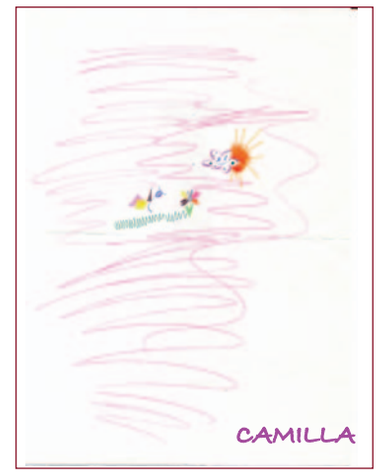
Regione del Veneto – Campagna GenitoriPiù – Prendiamoci più cura della loro vita – 7 azioni per la vita del tuo bambino – Materiale informativo per gli operatori – dicembre 2007

Riferimento alla linee guida del Friuli Venezia Giulia e della Lombardia

Ministero della salute – Malattie infettive – www.sanita.it/malit

Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità – www.epicentro.iss.it

Note/Appunti



Note/Appunti



Note/Appunti



Note/Appunti



Note/Appunti



Note/Appunti

