

Quando riprendere la scuola?

Costantino Panza
Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (RE)

Abstract

Returning to school

The national legislation regarding going back to school after a disease is briefly illustrated in the present paper. Prevention practices for children with infectious diseases are also described.

Quaderni acp 2012; 19(3): 117-123

Key words Public Health Practice. Infection Control. Immunization Programs. Community-Acquired Infection

L'articolo illustra la legislazione nazionale in riferimento all'allontanamento e al rientro in comunità infantile e delinea alcune pratiche di prevenzione riguardo ai bambini con malattie infettive.

Parole chiave Salute pubblica. Controllo delle infezioni. Programmi di immunizzazione. Infezioni acquisite in comunità

Con il continuo aumento della frequenza negli asili nido, scuole dell'infanzia, centri gioco, ludoteche, baby parking, palestre, ormai la vita dei bambini si svolge in grande parte presso le collettività infantili. L'ampio utilizzo di queste agenzie educative, soprattutto da parte dei bambini nei primi anni di vita, aumenta l'esposizione a germi responsabili di malattie infettive respiratorie e intestinali con una conseguente alta morbilità. L'espressione delle malattie infettive è correlata tuttavia anche a diversi altri fattori oltre all'età dei bambini: l'igiene

ambientale; il rapporto numerico tra bambini e personale; la tipologia delle strutture che li accolgono, come per esempio le dimensioni delle stanze, le caratteristiche dei bagni, il sistema di ventilazione; la modalità di trasmissione (tabella 1); lo stato vaccinale dei bambini, l'igiene e lo stato immunitario del personale così come l'aderenza del personale stesso alle procedure precauzionali per il controllo delle infezioni. Un eccessivo affollamento degli spazi favorisce le malattie a trasmissione aerea: per questo motivo dovrebbe esse-

re rispettato il Decreto Ministeriale del 18 settembre 1975 [1] riguardante le norme di edilizia scolastica che indica per le scuole materne la necessità di almeno 6,60-7,00 m²/sezione per bambino a seconda della numerosità delle sezioni presenti [1]. La precauzione più efficace nel ridurre la trasmissione delle malattie infettive è il lavaggio delle mani che favorisce una riduzione dell'incidenza delle malattie a trasmissione orofecale del 21% e di quelle a trasmissione respiratoria del 31% [2].

Il lavaggio delle mani, se praticato in un ambiente di basso livello socioeconomico, riduce addirittura del 50% l'incidenza di polmonite, del 53% l'incidenza di diarrea e del 35% l'impetigine [3]. Un trial compiuto presso collettività infantili (Children Care Center) in bambini di età inferiore a tre anni ha dimostrato che, attraverso una specifica procedura nel controllo della preparazione dei cibi, il lavaggio delle mani e un'attenta prassi nel cambio del pannolino da parte del personale addetto, si verifica una riduzione significativa delle malattie diarroiche e dei giorni di malattia nei bambini frequentanti le strutture, sottolineando la

TABELLA 1: VIA DI TRASMISSIONE IN ALCUNE TRA LE PIÙ FREQUENTI MALATTIE INFETTIVE

Via di trasmissione	Batteri	Virus	Parassiti
Orofecale	<i>Campylobacter</i> , <i>Clostridium d.</i> , <i>E. coli</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i>	Astrovirus, Norovirus, Adenovirus, Enterovirus, Epatite A, Rotavirus	<i>Enterobius vermicularis</i> , <i>Giardia intestinalis</i>
Respiratoria	<i>B. pertussis</i> , <i>H. influenzae b</i> , <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , Streptococco gruppo A	Adenovirus, Virus influenza, Metapneumovirus, Morbillo, Parotite, Parainfluenza, Parvovirus B19, VRS, Rhinovirus, Rosolia, Varicella-zoster	
Pelle a pelle	Streptococco gruppo A, <i>Staphylococcus aureus</i>	Herpes simplex virus, Varicella zoster	Pidocchi, Scabbia, Tigna
Urine, saliva o sangue		CMV, Herpes simplex	
Sangue		Epatite B	

Da: Red Book 2009 (modificato)

Per corrispondenza:
Costantino Panza
e-mail: costantino.panza@ausl.re.it

TABELLA 2: INDICAZIONI MINISTERIALI, DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E DEL COMITATO MALATTIE INFETTIVE DELL'AAP SULLE NORME PER L'ALLONTANAMENTO E LA RIAMMISSIONE DEI BAMBINI IN COMUNITÀ

Malattia	Periodo di isolamento e rientro in comunità (Circolare regionale E-R n. 21 del 24/11/99)	Obbligo di denuncia (D.M. 15/12/1990)	Red book / AAP	Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998
Epatite virale B	Allontanamento fino a guarigione clinica dalla fase acuta.	Sì (cl II)	Tutti i bambini, inclusi quelli dei centri per l'infanzia, devono essere sottoposti a vaccinazione anti-epatite B. I bambini portatori dell'HBV che non presentano fattori di rischio comportamentali o medici, come un comportamento aggressivo (morsi), dermatiti generalizzate o problemi di sanguinamento, devono essere ammessi nei centri per l'infanzia senza problemi.	Adozione delle precauzioni standard per prevenire l'esposizione e il contatto con sangue e altri fluidi biologici.
Epatite virale A	Allontanamento dalla collettività e precauzioni enteriche per 15 giorni dalla diagnosi, ma per non più di una settimana dalla comparsa dell'ittero.	Sì (cl II)	Esclusione fino a una settimana dall'insorgere dell'ittero.	Precauzioni enteriche per 15 giorni dalla diagnosi di epatite A, ma per non più di una settimana dopo la comparsa dell'ittero.
Epatite virale C	Allontanamento fino a guarigione clinica dalla fase acuta.	Sì (cl II)	Non è indicata l'esclusione dei bambini con HCV dalle comunità infantili.	
Epatite virale non specificata		Sì (cl II)		
Rotavirus	Allontanamento fino a guarigione clinica dalla fase acuta.	Sì (cl II) Diarrea infettiva non da salmonella	Nessuna indicazione per l'allontanamento dalla comunità.	
Shigella	Completamento della terapia antibiotica (almeno 5 giorni) e guarigione clinica.	Sì (cl II) Diarrea infettiva non da salmonella	Allontanamento dalla comunità fino a cessazione diarrea.	Precauzioni enteriche, nei casi che richiedono l'ospedalizzazione, fino a risultato negativo di due coproculture eseguite su campioni fecali raccolti a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e a non meno di 48 ore dalla cessazione del trattamento antimicrobico. In caso di positività persistente il soggetto, una volta dimesso, andrà sottoposto a sorveglianza sanitaria fino a negativizzazione.
Salmonella	Allontanamento fino a guarigione clinica dalla fase acuta.	Sì (cl II)	Esclusione fino a quando non si risolve la diarrea. Tre coproculture negative in caso di infezione da sierotipo <i>typhi</i> .	Precauzioni enteriche per i pazienti ospedalizzati. Allontanamento dei soggetti infetti sintomatici da tutte le attività che comportino la manipolazione o distribuzione di alimenti, l'assistenza sanitaria a pazienti ospedalizzati o istituzionalizzati, l'assistenza alla infanzia. Riammissione alle suddette attività dopo risultato negativo di due coproculture consecutive, eseguite su campioni di feci prelevati a non meno di 24 ore di distanza e a non meno di 48 ore dalla sospensione di qualsiasi trattamento antimicrobico.



Malattia	Periodo di isolamento e rientro in comunità (Circolare regionale E-R n. 21 del 24/11/99)	Obbligo di denuncia (D.M. 15/12/1990)	Red book / AAP	Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998
Campylobacter	Allontanamento fino a guarigione clinica dalla fase acuta.	Sì (cl II) Diarrea infettiva non da salmonella	I bambini con pannolino o con infezione conclamata vanno allontanati dalla scuola o mantenuti in zona separata fino al termine della diarrea.	
Yersinia		Sì (cl II) Diarrea infettiva non da salmonella	Nessuna indicazione per l'allontanamento dalla comunità.	
Giardiasi	Allontanamento fino a guarigione clinica dalla fase acuta.	Sì (cl II) Diarrea infettiva non da salmonella	I soggetti con diarrea devono essere allontanati fino a risoluzione della patologia. Non è raccomandata l'esclusione dalla scuola ai portatori asintomatici.	
Parotite epidemica	Allontanamento e isolamento domiciliare fino a guarigione clinica e per 9 giorni dalla comparsa della tumefazione parotidea.	Sì (cl II)	Esclusione fino a 5 giorni dall'esordio del gonfiore della ghiandola parotidea.	Isolamento domiciliare e, in caso di ricovero ospedaliero, isolamento respiratorio per 9 giorni dalla comparsa della tumefazione delle ghiandole salivari.
Varicella	Allontanamento e isolamento domiciliare per 5 giorni dalla comparsa delle vescicole con restrizione da eventuali contatti a rischio (immunodepressi e donne in gravidanza).	Sì (cl II)	Allontanamento dalla comunità fino a che le lesioni non siano asciutte.	Isolamento domiciliare per almeno 5 giorni dalla comparsa della prima gittata di vescicole, con restrizione dei contatti con altri soggetti suscettibili, in particolare modo donne in stato di gravidanza e neonati. In caso di ricovero ospedaliero, isolamento stretto, in considerazione della possibilità di trasmissione dell'infezione a soggetti suscettibili immunodepressi
Morbillo	Allontanamento e isolamento domiciliare fino a guarigione clinica e almeno per 5 giorni dalla comparsa dell'esantema.	Sì (cl II)	Esclusione fino a 4 giorni dalla comparsa del rash.	Isolamento domiciliare per 5 giorni dalla comparsa dell'esantema. In caso di ricovero ospedaliero, isolamento respiratorio per analogo periodo
Rosolia	Allontanamento fino a guarigione clinica e/o per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.	Sì (cl II)	Allontanamento dalla comunità per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.	Allontanamento dalla frequenza scolastica o dall'attività lavorativa per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema. In ambiente ospedaliero o in altre istituzioni, isolamento da contatto e utilizzazione di stanza separata per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.
Eritema infettivo o VI malattia (parvovirus B19)	Nessuno.	NO	Non richiesto l'allontanamento.	
Citomegalovirus		NO	Non richiesto l'allontanamento; non è giustificata l'esclusione di bambini con infezione congenita che eliminano il CMV.	
Mononucleosi	Allontanamento dei casi sintomatici fino alla guarigione clinica.	NO	L'attività sportiva con contatto deve essere evitata fino a quando il paziente non sia uscito dalla fase acuta e la milza non più apprezzabile. L'escrezione virale respiratoria può avvenire per molti mesi dopo l'infezione e frequente è lo stato di portatore sano.	

Malattia	Periodo di isolamento e rientro in comunità (Circolare regionale E-R n. 21 del 24/11/99)	Obbligo di denuncia (D.M. 15/12/1990)	Red book / AAP	Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998
Herpes simplex		NO	Allontanamento dalla comunità fino a che il bambino non riesca a controllare la saliva nel caso di gengivostomatite erpetica.	
Meningite / Encefalite virale		Sì (cl II)		
<i>Haemophilus influenzae</i>	Guarigione clinica.	NO Sì in caso di meningite	Quando nelle comunità si sono avuti due o più casi di malattia invasiva nell'arco di 60 giorni e sono presenti bambini non vaccinati o con ciclo non completato, si raccomanda la somministrazione di rifampicina a tutti i bambini e al personale.	Isolamento respiratorio per 24 ore dall'inizio di appropriata terapia.
<i>Neisseriae meningitidis</i>	Guarigione clinica.	Sì (cl II)	Denuncia tempestiva; il medico deve fornire informazioni accurate riguardo alla malattia e al rischio di trasmissione intrafamiliare e ai contatti dei casi indice.	Isolamento respiratorio per 24 ore dall'inizio della chemioantibiototerapia. Disinfezione continua degli escreti nasofaringei e degli oggetti da essi contaminati. Non è richiesta la disinfezione terminale ma soltanto una accurata pulizia della stanza di degenza e degli altri ambienti in cui il paziente ha soggiornato.
Pneumococco	Guarigione clinica.	NO Sì in caso di meningite	I dati disponibili non bastano per raccomandare trattamenti antibiotici per prevenire o interrompere lo stato di portatore o la trasmissione delle infezioni pneumococciche in comunità.	
Tetano		Sì (cl I)		
Difterite		Sì (cl I)		L'isolamento può essere interrotto dopo 14 giorni di terapia antibiotica o dopo due risultati colturali negativi su campioni appropriati, prelevati a distanza di almeno 24 ore e non meno di 24 ore dopo la cessazione della terapia antibiotica.
Borreliosi o febbre ricorrente epidemica (<i>Borrelia recurrentis</i>)		Sì (cl I)	La segnalazione dei casi è importante affinché si inizino prontamente delle indagini e si istituiscano delle misure di controllo.	
Brucellosi		Sì (cl II)		
Pertosse	Allontanamento con isolamento domiciliare per almeno 5 giorni dall'inizio dell'idoneo trattamento antibiotico; oppure allontanamento con isolamento domiciliare per almeno 3 settimane dall'inizio della fase parossistica, se non viene eseguita la terapia antibiotica adeguata.	Sì (cl II)	Esclusione fino a 5 giorni dopo l'inizio di adeguata terapia antibiotica se le condizioni cliniche lo permettono.	Isolamento domiciliare e, in caso di ricovero ospedaliero, isolamento respiratorio per i casi accertati laboratoristicamente. Per i casi sospetti, restrizione dei contatti con soggetti suscettibili, particolarmente se si tratta di bambini di età inferiore a 1 anno, per almeno 5 giorni dall'inizio di adeguata terapia antibiotica (eritromicina per 14 giorni).



Malattia	Periodo di isolamento e rientro in comunità (Circolare regionale E-R n. 21 del 24/11/99)	Obbligo di denuncia (D.M. 15/12/1990)	Red book / AAP	Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998
Malattie da <i>Streptococco beta-emolitico</i> di gruppo A	48 ore da inizio idonea terapia antibiotica.	NO (a esclusione di scarlattina)	In caso di faringite: allontanamento dalla comunità fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento.	
Scarlattina	48 ore da inizio idonea terapia antibiotica.	Sì (cl II)		Isolamento domiciliare per 48 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica. Precauzioni per secrezioni e liquidi biologici infetti per 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico. In caso di ricovero ospedaliero disinfezione continua di secrezioni purulente e degli oggetti da queste contaminati.
Sindrome mano-piede-bocca (coxsackievirus A16, enterovirus 71)	Guarigione clinica.	NO	Non indicazioni per l'allontanamento (escrezione e trasmissione di enterovirus tramite fomite può protrarsi per molte settimane dopo l'esordio).	
Graffio di gatto (<i>Bartonella henselae</i>)		NO	Non esiste prova di trasmissione interpersonale.	
Kawasaki		NO	Nessuna indicazione per l'allontanamento dalla comunità.	
Malattia di Lyme (<i>Borrelia burgdorferi</i>)		NO	Nessuna indicazione per l'allontanamento dalla comunità.	
Virus respiratorio sinciziale		NO	Profilassi con Palivizumab nella stagione a rischio in bambini di età inferiore a 24 mesi con malattia cronica polmonare in ex pretermine o con malattia cardiaca emodinamicamente significativa; pretermine al di sotto delle 32 sett. di età gestazionale; pretermine di 32-35 sett. di età gestazionale con due o più fattori di rischio (frequenza all'asilo nido, fratello frequentante una comunità infantile, anomalia congenita delle vie aeree, malattia neuromuscolare, esposizione ambientale a inquinanti aerei).	
Pediculosi	Allontanamento dalla collettività fino al termine del trattamento specifico e riammissione con attestato della Pediatria di Comunità o certificato del medico curante.	Sì (cl IV)	Riammissione al completamento del primo trattamento; la politica di riammettere in comunità i bambini solo quando siano completamente senza lendini non si è dimostrata efficace nel controllo dei pidocchi del cuoio capelluto.	In caso di infestazione da <i>P. humanus corporis</i> isolamento da contatto per non meno di 24 ore dall'inizio di un adeguato trattamento disinfestante. Il trattamento disinfestante consiste nell'applicazione di polvere di talco contenente DDT al 10% oppure Malathion all'1% oppure permetrina allo 0,5% o altri insetticidi. Gli indumenti vanno trattati con gli stessi composti applicati sulle superfici interne oppure lavati con acqua bollente. In caso di infestazioni da <i>P. humanus capitis</i> , restrizione della frequenza di collettività fino all'avvio di idoneo trattamento disinfestante, certificato dal medico curante. Il trattamento disinfestante, consistente in applicazione di



Malattia	Periodo di isolamento e rientro in comunità (Circolare regionale E-R n. 21 del 24/11/99)	Obbligo di denuncia (D.M. 15/12/1990)	Red book / AAP	Circolare Ministeriale n. 4 del 13/3/1998
				shampoo medicati contenenti permetrina all'1% o piretrine associate a piperonil-butossido, o benzilbenzoato o altri insetticidi, deve essere periodicamente ripetuto ogni 7-10 giorni per almeno un mese. Pettini e spazzole vanno immersi in acqua calda per 10 minuti e/o lavati con shampoo antiparassitario.
Tinea	In caso di <i>Tinea corporis</i> , <i>cruris</i> e <i>pedis</i> gli ammalati devono essere esclusi, per tutta la durata del trattamento, dalla frequenza in palestre o piscine.	Sì (cl IV)	<i>Tinea capitis</i> : i bambini possono frequentare la scuola se sono in terapia con farmaci topici; <i>Tinea corporis</i> : deve essere evitato il contatto diretto con persone con infezione sospetta o certa; <i>Tinea pedis</i> : le piscine non devono essere frequentate da persone con infezione attiva.	In caso di Tinea capitis nessuna restrizione, purché venga seguito un trattamento appropriato. Se il paziente è ospedalizzato precauzioni per drenaggi/secrezioni. Esclusione dalla frequenza di palestre e piscine in caso di Tinea corporis , <i>cruris</i> e <i>pedis</i> per tutta la durata del trattamento; se il paziente è ospedalizzato precauzioni per drenaggi/secrezioni.
Scabbia	Fino a completamento trattamento.	Sì (cl IV)	Allontanamento dalla comunità fino a completamento terapia.	Allontanamento da scuola o dal lavoro fino al giorno successivo a quello di inizio del trattamento. Per soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati, isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento.
Mollusco contagioso		NO	Non richiesto l'allontanamento.	
Tinea versicolor		NO	Non richiesto l'allontanamento.	
Ossiuriasi	Allontanamento dalla collettività e riammissione 24 ore dopo l'effettuazione della terapia.	NO	Non richiesto l'allontanamento.	

Nota: cl I indica segnalazione immediata entro 12 ore dal medico al Servizio di Igiene Pubblica; cl II indica la scheda di denuncia obbligatoria scritta di malattia infettiva entro 48 ore al Servizio di Igiene Pubblica; cl IV indica la scheda di denuncia obbligatoria di focolaio epidemico entro 24 ore dall'osservazione del singolo caso al Servizio di Igiene Pubblica.

necessità di uno scrupoloso rispetto delle norme igienico-sanitarie disposte dalle autorità sanitarie locali da parte del personale addetto [4].

Un'altra attività preventiva di rilevante valore è la vaccinazione. La non completa eradicazione della pertosse, obiettivo perseguibile se fosse eseguita diffusamente la vaccinazione di richiamo o booster, riflette la necessità di una sollecita opera di informazione alle famiglie degli adolescenti sull'opportunità di eseguire tale profilassi [5].

Più drammatica la situazione del morbillo: l'Italia è tra i cinque Paesi europei a più alta incidenza della malattia con una copertura vaccinale alla prima dose in

molte regioni al di sotto del 90%, mentre per la seconda dose siamo al di sotto del 60% in Calabria e Sicilia e a livelli inferiori del 70% in Lazio e Campania, con presenza di focolai epidemici interessanti tutte le età pediatriche e che si diffondono anche al di fuori dei confini nazionali [6-7].

Inoltre, la dimostrata importante riduzione di malattia grave da rotavirus attraverso la pratica vaccinale e l'ormai abituale utilizzo di vaccini contro il meningococco, pneumococco e *Haemophilus* richiede al pediatra di essere sempre informato riguardo alla pratica vaccinale e di porre attenzione al calendario vaccinale di ogni singolo paziente [8]. In questo com-

plesso scenario al pediatra viene richiesto di adempiere ad alcuni obblighi sulla denuncia, la gestione e il rientro in comunità in occasione di molte malattie infettive.

Le indicazioni legislative nazionali a questo riguardo non sono molte: il Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 sulla modalità di notifica di alcune malattie infettive e diffuse (Sistema Informativo Malattie Infettive o SIMI) e la Circolare Ministeriale n. 4 del 13 marzo 1998 riguardante misure di profilassi per esigenze di Sanità pubblica e provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e con-

tatti, di cui segnaliamo in *tabella 2* alcune indicazioni [9-10].

Le disposizioni legali in relazione ai periodi contumaciali e all'allontanamento dalla comunità infantile sono normate dalla Circolare Ministeriale n. 4 del 13 marzo 1998; anche diversi assessorati regionali o Asl propongono circolari o linee di indirizzo per regolamentare i periodi di isolamento domiciliare e la riammissione in comunità, rifacendosi quando possibile alle linee di indirizzo ministeriali sopra citate (*tabella 2*). Talvolta sono le direzioni didattiche o i responsabili delle collettività infantili a emanare regolamenti per l'allontanamento e il rientro in comunità dei bambini, con l'obiettivo di ridurre la presenza di bambini ammalati nella comunità e la probabilità di contagio, anche se in modo autonomo e senza un valido supporto scientifico e con il possibile risultato di creare tensione e incomprensione tra professionista sanitario, famiglie e personale della struttura infantile. Non è inutile ricordare a questo punto che i regolamenti per l'allontanamento e il rientro dei bambini dalle collettività per situazioni o malattie non comprese nelle circolari ministeriali sono considerati legali solo se emanati dalle singole autorità sanitarie locali.

La *tabella 2* propone un'ampia sintesi delle disposizioni legislative nazionali, le indicazioni del Committee on Infectious Diseases dell'Accademia Americana di Pediatria (AAP) e le linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna con l'intento di offrire uno strumento estremamente pratico per orientarsi in questa materia [11-12]. Sono state volutamente escluse malattie come la tubercolosi e l'infezione da HIV che richiederebbero una specifica trattazione, alcune malattie ormai "storiche" come il colera o la poliomielite e le malattie infettive a trasmissione sessuale per le quali è imperativo, invece, indagare nell'ambito di un sospetto di abuso.

In genere i bambini colpiti da malattie respiratorie lievi, caratterizzate da una flogosi catarrale delle prime vie aeree, necessitano di un allontanamento dalla comunità a causa dello stato infettivo solamente se i sintomi sono talmente impegnativi, per esempio una tosse con-

TABELLA 3: INDICAZIONI PER L'ALLONTANAMENTO O IL RIENTRO IN COMUNITÀ PER ALCUNE FORME MORBOSE

Condizione morbosa	Regole per l'allontanamento o il rientro in comunità
Congiuntivite purulenta	Riammissione a cura del medico
Stomatite aftosa	Fino a che il bambino non riesca a controllare la saliva infettiva e il medico stabilisca la natura non infettiva
Impetigine	Dopo 24 ore dall'inizio del trattamento
Rash non pustoloso	Non richiesto l'allontanamento
Congiuntivite non purulenta	Non richiesto l'allontanamento
Vomito per due o più volte nelle precedenti 24 ore	Allontanamento dalla comunità
Diarrea e feci contenenti sangue o muco	Allontanamento dalla comunità
Dolore addominale persistente associato a febbre, disidratazione o altri sintomi sistemici	Allontanamento dalla comunità
Rash con febbre	Allontanamento dalla comunità
Febbre associata a cambiamenti dell'umore, pianto, rash, difficoltà respiratoria	Allontanamento dalla comunità

Da: Red Book 2009 (modificato)

tinua, da impedire al bambino la partecipazione alle attività. Tuttavia il mondo delle malattie infettive è sempre in movimento. Alcune patologie, una volta frequenti come la brucellosi, oggi sono rare, mentre la comparsa di nuove forme infettive come la PFAPA o la Kawasaki richiedono una buona conoscenza della fisiopatologia per affrontare con sicurezza la gestione della malattia e per adottare i provvedimenti più corretti per l'allontanamento e il periodo di isolamento domiciliare. Anche se diverse malattie infettive non sono contemplate nelle norme legislative sanitarie nazionali, la necessità di tutelare sia la comunità che il bambino portatore della malattia richiedono al pediatra di affrontare con sicurezza questo tema. Per questi motivi in *tabella 3* vengono suggeriti alcuni comportamenti da adottare secondo il Committee on Infectious Diseases dell'AAP per l'allontanamento o il rientro in comunità in riferimento ad alcuni stati morbosi o particolari sintomatologie di carattere infettivo [11]. ♦

Bibliografia

- [1] Decreto Ministeriale 18 settembre 1975. Norme tecniche aggiornate relative all'edilizia scolastica. Gazzetta Ufficiale 2 febbraio 1976, n. 29.
 [2] Aiello AE, Coulborn RM, Perez V, et al. Effect of Hand Hygiene on Infectious Disease Risk in the

Community Setting: A Meta-Analysis. Am J Public Health 2008;98:1372-81.

[3] Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR, et al. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. Lancet 2005;366:225-33.

[4] Kotch JB, Isbell P, Weber DJ, et al. Hand-Washing and Diapering Equipment Reduces Disease Among Children in Out-of-Home Child Care Centers. Pediatrics 2007;120:e29-e36.

[5] Gabutti G, Bergamini M, Bonanni P, et al. Assessment of humoral and cell-mediated immunity against *Bordetella pertussis* in adolescent, adult, and senior subjects in Italy. Epidemiol Infect 2008; 136:1576-84.

[6] Muscat M, Bang H, Wohlfahrt J, et al. Measles in Europe: an epidemiological assessment. Lancet 2009;373:383-9.

[7] Filla A, Tavilla A, Bella A, et al. Measles in Italy, July 2009 to September 2010. Euro Surveill 2011;16 pii:19925.

[8] Cortes JE, Curns AT, Tate JE, et al. Rotavirus Vaccine and Health Care Utilization for Diarrhea in US Children. N Engl J Med 2011;365:1108-17.

[9] Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990. Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse. Gazzetta Ufficiale 8 gennaio 1991, n. 6.

[10] Circolare Ministeriale n. 4 del 13 marzo 1998. Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi o contatti. Protocollo 400.3/26/1189.

[11] American Academy of Pediatrics Red Book. 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th edition. Elk Grove Village, 2009.

[12] Ragni P, Grandori L, Rangoni R, et al. Linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna per l'applicazione della Circolare Ministeriale 4/98. Ass. Sanità Regione Emilia-Romagna. Circolare Regionale E-R n. 21 del 24.11.99, 1999.