

La riammissione a scuola dopo malattia infettiva

Maria Elisabetta Di Cosimo

Pediatra di famiglia, Bollate (MI)

Quando frequentano la comunità, i bambini sono maggiormente esposti al rischio di infezione e possono presentare malattie di maggiore gravità.

La prevenzione e il controllo delle infezioni in ambiente scolastico sono influenzati da vari fattori: l'igiene del personale e il suo stato immunitario; l'igiene ambientale; le procedure di preparazione dei cibi; l'età e lo stato immunitario dei bambini; il rapporto numerico tra bambini e personale; gli spazi disponibili per quanto riguarda caratteristiche e le loro dimensioni; la frequenza delle terapie antimicrobiche nella comunità. Quindi, per affrontare adeguatamente tutti gli aspetti è fondamentale la collaborazione fra il servizio di igiene pubblica, gli insegnanti, i pediatri di famiglia, i genitori e i responsabili delle strutture. Sarebbe utile fornire ai genitori istruzioni riguardanti lo sviluppo del bambino, l'igiene, l'alimentazione e il trattamento delle malattie di minore entità, concordate tra le diverse figure sopra citate.

I lattanti e i bambini, soprattutto i più piccoli, richiedono cambi di pannolini e assistenza nella pulizia, esplorano con la bocca e non tutti controllano ancora le secrezioni organiche, hanno un sistema immunitario immaturo e richiedono un continuo contatto fisico con gli insegnanti. Inoltre, entrano spesso in contatto tra loro. Pertanto, ai fini del controllo delle infezioni, le attività di bambini così piccoli necessitano di particolari attenzioni.

GESTIONE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

Le modalità di trasmissione di batteri, virus e altri microrganismi nell'ambito delle comunità infantili sono elencate nella **tabella I**. Nella maggior parte dei casi il rischio di introdurre un agente infettivo in una comunità infantile è proporzionale alla sua prevalenza nella popolazione ge-

nerale e al numero di bambini suscettibili nel gruppo.

La trasmissione di un certo agente patogeno all'interno del gruppo dipende da diversi fattori:

- le modalità di diffusione e di sopravvivenza nell'ambiente esterno del germe;
- la frequenza di infezioni misconosciute o asintomatiche e di portatori sani;
- lo stato immunitario nei confronti di quel patogeno.

Le caratteristiche igieniche della comunità scolastica sono un'altra condizione importante per ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni (il banale lavaggio delle mani costituisce il provvedimento più importante per ridurre la trasmissione di malattie in un ambiente infantile). Le raccomandazioni particolari per il controllo della diffusione di specifici patogeni variano in rapporto all'epidemiologia dei singoli agenti infettanti e alle condizioni ambientali.

QUANDO UN BAMBINO NON PUÒ O NON DEVE FREQUENTARE LA SCUOLA

Le patologie lievi sono frequenti nei bambini. L'allontanamento da scuola di quelli affetti da malattie infettive è una misura preventiva che mira a diminuire il numero di casi secondari nella comunità. Nelle scuole, infatti, bambini e ragazzi trascorrono molte ore a stretto contatto fisico, favorendo la trasmissione degli agenti infettivi; tra l'altro, la non corretta attuazione delle norme igieniche basilari determina il perseverare di suddetta trasmissione.

La presenza a scuola è sconsigliabile quando:

- le condizioni di salute del bambino sono tali da non permettere la sua partecipazione attiva allo svolgimento delle attività (per presenza di febbre, astenia, tosse fastidiosa e continua, e/o difficoltà respiratoria, pianto persistente, insorgenza di un esantema che progredisce rapidamente) e il bambino è più facilmente causa di diffu-

Tabella I Modalità di trasmissione dei microrganismi nelle comunità scolastiche

MODALITÀ DI TRASMISSIONE	BATTERI	VIRUS	ALTRI
■ Oro-fecale	<i>Campylobacter, Escherichia coli, Shigella, Salmonella</i>	astrovirus, calicivirus, enterovirus, adenovirus, rotavirus, HAV	<i>Giardia lamblia, Enterobius vermicularis</i>
■ Respiratoria	<i>Bordetella pertussis, Mycobacterium tuberculosis, Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, SBEGA, Haemophilus influenzae</i> di tipo b	adenovirus, influenza e parainfluenza, morbillo, rosolia, parotite, coksackie, rhinovirus, varicella, metapneumovirus, parvovirus B19, RSV	
■ Contatto personale	SBEGA, <i>Staphylococcus aureus</i>	HSV, VZV	Pediculosi, scabbia, tigna
■ Contatto con sangue, urine e/o saliva	CMV, HSV	
■ Sangue	HBV	

Tabella II Indicazioni previste per l'allontanamento da scuola

ETÀ	FEBBRE O MALESSERE	DIARREA	ESANTEMA	CONGIUNTIVITE PURULENTA
■ 0-3 anni e (asilo nido)	se >38,5 °C	se >3 scariche liquide in 3 ore	se a esordio improvviso e non altrimenti motivato da patologie preesistenti	se con occhi arrossati e secrezione purulenta
■ 3-5 anni (scuola materna)	se >38,5 °C	se >3 scariche liquide in 3 ore	se non altrimenti motivato	se con occhi arrossati e secrezione purulenta
■ 6-10 anni (scuola elementare)	non indicato se non c'è altra sintomatologia	non indicato	se non altrimenti motivato	non indicato

sione della malattia per i compagni e per tutti coloro che sono a stretto contatto con lui;

- la malattia richiede cure che il personale non è in grado di fornire senza compromettere la salute e la sicurezza degli altri bambini;
- il bambino presenta vomito (due o più episodi nelle precedenti 24 ore) o diarrea (più di tre scariche liquide in 3 ore), eventualmente con muco o sangue;
- il bambino è affetto da congiuntivite (con occhi arrossati, lacrimazione, secrezione catarrale o purulenta, gonfiore delle palpebre), per cui è necessario sottoporlo a specifico trattamento il più precocemente possibile;
- la malattia ha un'alta contagiosità (si precisa che per tutte le malattie infettive – morbillo, varicella, pertosse, eccetera – esistono specifiche norme igienico sanitarie);
- il bambino presenta dolore addominale persistente (>2 ore) o dolore addominale intermittente associato a febbre o altri segni e sintomi sistemici;
- il bambino presenta malessere fin dalle prime ore del mattino (a maggior ragione se dalle ore notturne), in mo-

do da poter valutare l'evoluzione del suo stato di salute nelle ore successive.

Tali condizioni sono riassunte nella **tabella II**, così come sono elencate nella delibera della Giunta Regionale della Lombardia del 14/9/2004.

Ogni genitore dovrebbe non solo farsi carico del proprio figlio per il necessario periodo di cure a casa, ma anche essere sensibile alla tutela della salute della comunità infantile di cui il bambino fa parte.

L'allontanamento è disposto dal Responsabile della struttura scolastica o da un suo delegato ed è effettuato tramite avviso al genitore, il quale è tenuto a provvedere.

Nel periodo precedente l'effettivo allontanamento è sempre necessario:

- mantenere il soggetto che presenti uno o più sintomi tra quelli indicati precedentemente in uno spazio separato, non a diretto contatto con i compagni;
- utilizzare guanti monouso ogniqualvolta si venga a contatto con liquidi organici (sangue, vomito, feci ecc.). Il periodo di allontanamento scolastico varia da malattia

a malattia e dipende soprattutto dalla durata della contagiosità; tuttavia, poiché molte malattie infettive sono trasmissibili già prima dell'inizio dei sintomi clinici, l'efficacia dell'allontanamento è spesso oggetto di discussione. A livello internazionale esistono varie linee guida sui periodi di allontanamento scolastico; in Italia le raccomandazioni in tema di isolamento di pazienti con malattie infettive, inclusi i bambini che frequentano la scuola, sono contenute nella Circolare del Ministero della Salute "Misure di profilassi per esigenze di Sanità pubblica", n. 4 del 13/3/1998.

Per le più frequenti patologie che possono destare problemi in ambito scolastico, è stato fatto un confronto fra le raccomandazioni italiane e quelle statunitensi (**tabella**

IIIa e IIIb). Come si può vedere, le raccomandazioni sono simili tra di loro.

Per quelle malattie che non sono presenti nella succitata Circolare del Ministero della Salute, ma che frequentemente sono causa di discussione per la possibilità di ri-ammissione in ambito scolastico, la revisione della letteratura è uno strumento molto importante, al fine di valutare l'evidenza scientifica circa l'efficacia di misure preventive e terapeutiche che hanno consentito negli ultimi anni di migliorare in molti campi la pratica clinica.

Mi è sembrato interessante riportare quelle della *Health Protection Agency* (HPA) britannica, peraltro quasi identiche a quelle raccomandate dal *Red Book* 2006 (**tabella IV**).

Tabella IIIa Raccomandazioni sulla durata dell'allontanamento in caso di malattia infettiva

ESANTEMI E MALATTIE CUTANEE	RACCOMANDAZIONI RED BOOK 2006	RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE
■ Varicella	6 giorni dall'esordio dell'esantema (lesioni in fase crostosa)	5 giorni dall'esordio dell'esantema
■ Rosolia	6 giorni dall'esordio dell'esantema	7 giorni dall'esordio dell'esantema
■ Morbillo	4 giorni dall'esordio dell'esantema	5 giorni dall'esordio dell'esantema
■ Scarlattina	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico	48 ore dall'inizio del trattamento antibiotico
■ Impetigine	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico	Non riportate
■ Scabbia	nessuna restrizione purché venga eseguito un trattamento	24 ore dall'inizio del trattamento
■ Tinea capitis	nessuna restrizione purché venga eseguito un trattamento	nessuna restrizione purché venga eseguito un trattamento

Tabella IIIb Raccomandazioni sulla durata dell'allontanamento in caso di malattia infettiva

ALTRE MALATTIE	RACCOMANDAZIONI RED BOOK 2006	RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE
■ Congiuntiviti batteriche	fino a controllo medico	non riportate
■ Pediculosi del capo	fino all'avvio del trattamento	fino all'avvio del trattamento certificato dal medico curante
■ Parotite	9 giorni dall'esordio	9 giorni dall'esordio
■ Faringite streptococcica	24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico	non riportate
■ Salmonellosi	nessuna restrizione	nessuna restrizione
■ Pertosse	5 giorni dall'inizio del trattamento antibiotico 3 settimane in assenza di trattamento antibiotico.	5 giorni dall'inizio del trattamento antibiotico
■ Epatite A	7 giorni dall'esordio della malattia	nessuna restrizione, precauzioni enteriche per 15 giorni dalla diagnosi e non più di 7 giorni dopo la comparsa dell'ittero
■ Ossiuriasi	nessuna restrizione	non riportate

Tabella IV Raccomandazioni sulla durata dell'allontanamento proposte dalla HPA (2006)

ESANTEMI E MALATTIE CUTANEE	RACCOMANDAZIONI	COMMENTI
■ Quinta malattia	nessuna restrizione	attenzione per le donne in età fertile o in gravidanza e per i bambini immunodepressi
■ Mani, piedi, bocca	nessuna restrizione	generalmente di grado lieve, si trasmette facilmente, principalmente prima dell'insorgenza dei sintomi
■ Sesta malattia	nessuna restrizione	malattia lieve in genere disseminata da persona in buona salute
■ Mononucleosi infettiva	nessuna restrizione	circa il 50% dei casi si verifica al di sotto dei 5 anni di età
■ Impetigine	finchè le lesioni non siano in fase crostosa o cicatrizzate	il trattamento antibiotico riduce la durata della malattia e se le lesioni possono essere coperte il periodo di esclusione può essere più breve
■ Mollusco contagioso	nessuna restrizione	evitare di grattare o spremere la lesione
■ Verruche	nessuna restrizione	le lesioni devono essere coperte in piscina o in palestra
■ Herpes simplex	nessuna restrizione	evitare di baciare o toccare direttamente le lesioni; in caso di gengivostomatite erpetica e mancato controllo delle secrezioni salivari, il bambino deve essere allontanato
■ Vomito e/o diarrea	nessun episodio di vomito e/o diarrea nelle precedenti 24 ore	in caso di bambini <5 anni con scarso controllo degli sfinteri potrebbe essere necessario un periodo più lungo

LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

Al di là del necessario periodo di cure a casa, la mancata frequenza scolastica può comportare numerosi problemi sia per il bambino che per la sua famiglia, soprattutto in una società in cui sempre più frequentemente entrambi i genitori lavorano, un solo genitore si prende cura dei figli e spesso anche i nonni o le altre persone del nucleo familiare allargato sono impegnati in attività lavorative. L'assenza di figure di riferimento aggiuntive è anche legata ai flussi migratori che allontanano le giovani coppie dal nucleo familiare di origine.

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

Pertanto, dopo i cinque giorni di assenza il soggetto non presenta livelli di contagiosità da ritenersi pericolosi per la permanenza in collettività. In Lombardia, in base alla Legge Regionale n.12 del 4/8/2003, per assenze superiori ai cinque giorni non è più previsto il certificato di riammissione: questa avverrà con l'autocertificazione da parte dei genitori di essersi attenuti alle indicazioni ricevute.

A riprova di ciò è il fatto che in passato, benché fosse richiesto il certificato di riammissione, il diffondersi di epidemie in ambito scolastico ha sempre seguito il decorso naturale, mentre è stato modificato da altri interventi, quali quelli di profilassi specifica e generica - non da ultimo il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie delle

abitazioni e dello stato nutrizionale della popolazione infantile. Il paventato timore di una riduzione della sicurezza per alunni o studenti, pur comprensibile, non trova dunque fondatezza scientifica, considerando che gli interventi di profilassi delle patologie di rilievo (tubercolosi, meningiti meningococciche, scabbia, infezioni da HIV ed epatiti virali, ecc) a cura della ASL rimangono invariati.

Il rientro a scuola dopo malattia prevede, dunque, la sola giustificazione del genitore. Solo qualora il rientro nelle scuole materna ed elementare sia successivo a un allontanamento (per vomito, diarrea, esantema, congiuntivite purulenta) sarà necessario che il genitore contatti il pediatra curante: sia nel caso in cui venga posta diagnosi di malattia infettiva soggetta a interventi di isolamento, sia nel caso non si tratti di patologia infettiva, il genitore autocertificherà al Responsabile della collettività di essersi attenuto alle indicazioni ricevute dal medico.

L'abolizione del certificato di riammissione non è applicabile agli asili nido, soggetti a regolamenti comunali: per essi è auspicabile, comunque, un adeguamento delle misure di prevenzione e profilassi a principi di efficacia. Qualora il pediatra ponga diagnosi di una malattia infettiva per la quale sia prevista la segnalazione alla ASL e uno specifico periodo di contumacia, rilascerà al genitore una comunicazione /attestazione scritta riportante il presumibile periodo di prognosi, comunque non inferiore al periodo contumaciale previsto.

Al fine di evitare duplicazioni dell'attestazione, per le patologie abitualmente trattate in ambiente extraospeda-

liero, potrà essere utilizzato un unico modulo in duplice copia: l'una da consegnare all'interessato o genitore, l'altra da inviare alla ASL secondo la tempistica prevista - immediata o differita - per la patologia da segnalare (Delibera della Giunta Regionale del 30/9/2004).

Sulla base di questa attestazione il genitore rilascia l'autocertificazione in carta libera. Tale procedura consentirà di rendere consapevole il genitore della necessità di cure e delle cautele nei confronti della collettività.

Nei casi di effettivo pericolo di contagio sarà la ASL che, ricevuta la segnalazione del medico, interverrà per verificare che siano adottate le misure necessarie.

CONCLUSIONI

Diversamente dal passato, le possibilità di permanenza in collettività, al di fuori dell'ambito familiare, si sono decisamente moltiplicate, aumentando così le occasioni di esposizione ad agenti patogeni derivanti da portatori sani o asintomatici o da soggetti con malattie in fase di incubazione. Vi sono, tuttavia, misure comportamentali che, senza annullare il rischio, possono contenere le possibilità di trasmissione e, quindi, l'aumento di incidenza di malattie infettive nell'ambito delle collettività scolastiche, dove il principale pericolo è costituito dalle infezioni trasmesse per via aerea e per contatto diretto di cute e mucose (come già citato nella **tabella I**).

Spesso l'esordio di una malattia infettiva avviene in modo improvviso, e può quindi verificarsi nel momento in cui il soggetto si trova nella collettività scolastica. Naturalmente, in tale fase non è diagnosticabile l'eventuale contagiosità, poiché i sintomi all'esordio sono generalmente aspecifici (febbre, cefalea, artralgie, astenia, ecc) e, quindi, neppure tipici di malattia infettiva.

Tuttavia, ribadendo che il pericolo di contagio è massimo durante la fase di incubazione e si riduce dopo cinque giorni dall'esordio clinico, le vere misure restrittive - grazie anche al sempre maggior uso di vaccini in via preventiva - sono limitate a poche malattie e molto più legate al fatto che il bambino per frequentare la collettività debba essere complessivamente in buone condizioni di salute!

A tale proposito, nel documento conclusivo del gruppo di lavoro costituito con Decreto del Ministero della Salute (13/10/2004) per la semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni e idoneità sa-

nitarie, emanato il 9/2/2006, viene sottolineato il concetto che l'obbligo alla presentazione di certificato medico oltre i cinque giorni di assenza non è previsto dal Testo Unico delle Leggi sulla Pubblica Istruzione (D. Lgs. 297 del 16/4/1994); e quindi andrebbe abolito, anche in considerazione del fatto che tale certificazione comporta notevole onere per la famiglia (richiesta, ritiro, consegna) ed è di scarsa utilità, essendo le malattie infettive raramente contagiose quando il soggetto è convalescente.

Sicuramente la collaborazione tra il servizio di igiene pubblica, i pediatri di famiglia e i responsabili delle strutture nella stesura di opuscoli informativi associati a interventi di educazione sanitaria rivolti ai genitori e agli insegnanti, potrebbero ottenere risultati di maggiore efficacia.

A tale proposito, per rendere accessibili le ragioni scientifiche che richiedono l'effettuazione di interventi di controllo (documento sulla "Sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive in ambito scolastico" del 4/4/2006) la Regione Lombardia ha realizzato "Malattie infettive e comunità infantili", una brochure destinata a dirigenti scolastici, insegnanti e rappresentanti dei genitori.

PER APPROFONDIRE

American Academy of Pediatrics: Report of the Committee on Infectious Diseases RED BOOK 2006, 27th Ed.

Bartolozzi G. Vaccini e vaccinazioni. Milano: Masson, 2005.

Bona G, Zaffaroni M. Le infezioni nel bambino extracomunitario: un problema di salute pubblica. *Area Pediatrica* 2002;4:39-42.

Ciofi degli Atti ML. L'allontanamento dalla frequenza scolastica come misura di controllo delle malattie infettive, revisione dell'evidenza. *BEN* vol.14; novembre 2001.

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Documento conclusivo del gruppo di lavoro costituito con decreto del Ministero della Salute in data 13 ottobre 2004 per la semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie. Roma, 9 febbraio 2006.

Guaraldi G. Il controllo delle malattie infettive: norme di legge e di prevenzione. *Area Pediatrica* 2002;6:44-8.

Health Protection Agency. Guidance on infection control in schools and nurseries. 2006.

Indicazioni sull'applicazione della Legge Regionale n.12 del 4 agosto 2003 "Norme relative a certificazioni in materia di igiene e sanità pubblica". Circolare n.33, 14 novembre 2003.

Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Circolare del Ministero della Sanità n.4, 13 marzo 1998.

Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia. Deliberazione Giunta Regionale n.7/18853, 30 settembre 2004.