

dossier medicina



Per saperne di più
sugli argomenti che riguardano
la salute dei bambini
www.corriere.it/salute/pediatria

di ELENA MELI



Per saperne di più
sui temi che riguardano la scuola
e l'insegnamento
www.corriere.it/scuola

Scuola Insieme agli studenti nelle aule torneranno a circolare anche i più comuni malanni dell'infanzia

Assenze (più che) giustificate

Quando e quanto tenere a casa il bambino se si ammala

Fra pochi giorni le scuole riapriranno i battenti e come ogni anno si riaffacceranno i malanni che poi, per tutto l'anno scolastico, circoleranno nelle classi: tosse, raffreddore, febbre, disturbi gastrointestinali, ma anche congiuntiviti, pediculosi e malattie infettive compariranno soprattutto fra i bambini più piccoli dei nidi e delle scuole materne.

A differenza di qualche decina d'anni fa, quando ammalarsi significava stare giorni e giorni a casa, oggi il rientro in classe è rapidissimo: basta che passi la febbre per tornare fra i banchi, anche se si tossisce a ripetizione e il naso cola ancora. Succede perché la maggior parte delle famiglie non può permettersi di non andare al lavoro o di chiamare una babysitter per accudire un figlio malato. Ma come essere sicuri di non ripredire a scuola troppo presto un bimbo, mettendo a rischio lui e i suoi compagni?

«Non bisogna avere fretta, soprattutto con i più piccini: prima dei cinque, sei anni il sistema immunitario non è ancora ben sviluppato e si è quindi più "indifesi" contro i virus, che nelle classi circolano in abbondanza e durante tutto l'anno scolastico — osserva Giuseppe Mele, presi-

dente dell'Osservatorio nazionale per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza Paiddòss —. Le più comuni affezioni delle vie aeree, anche le più banali (come riniti, otiti o faringiti, ndr), richiedono dai cinque ai sette giorni per risolversi: rimandare a scuola un bambino non ancora ben guarito significa esporlo a malattie ricorrenti. Le rinosinusiti, ad esempio, sono spesso conseguenza di raffreddori non curati bene, in cui l'infezione "fuori controllo" si estende ai seni paranasali».

«Una convalescenza adeguata fa sì che il bimbo torni a scuola più forte e non si ammali di nuovo, magari di qualcosa di peggio: se ad esempio si sono dovuti prendere antibiotici per sei o sette giorni a causa di un'otite, meglio aspettarne altri tre o quattro prima di rientrare — conferma Giuseppe Di Mauro, presidente della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) —. Detto ciò, l'ideale sarebbe potersi organizzare per evitare che il bimbo nel primo anno di vita debba andare al nido; dopo i due, tre anni invece frequentare la scuola e stare con i coetanei porta solo vantaggi per lo sviluppo e la socializzazione, nonostante i malanni siano inevitabili. Cinque o

sei episodi l'anno però sono perfettamente normali, bisogna indagare solo se le malattie sono più frequenti o gravi. In caso di bimbi particolarmente cagionevoli e facili alle infezioni ricorrenti, tuttavia, i tempi di convalescenza devono allungarsi».

«Se il piccolo è a rischio, ad esempio perché c'è una familiarità per l'asma, si anche alla prevenzione — aggiunge Mele —. A settembre e nei primi mesi di scuola, dopo essersi consultati con il pediatra, si può rafforzare il sistema immunitario con immunomodulatori o vitamine, come la vitamina D che ha mostrato di migliorare la risposta alle infezioni».

Rientrare a scuola guariti è importante per non infilarli nel circolo vizioso dei malanni, ma anche per evitare di spargere la malattia agli altri. In genere alla risoluzione dei sintomi non si è più contagiosi, ma è vero che dopo un giorno senza febbre si può tornare in classe? «La febbre è significativa, ma l'assenza di questo sintomo non è il solo elemento da considerare per valutare se il bambino sia guarito e non possa più trasmettere la malattia ai compagni — risponde Mele —. Occorre tenere conto della situazione generale del piccolo: se c'è ancora malessere,

perché ad esempio la tosse è tanta, se c'è dolore o molto raffreddore, è sempre meglio aspettare ancora». «Tuttavia, quando la febbre non c'è, la probabilità di contagiare gli altri è praticamente azzerata — riprende Di Mauro —. Ma se per le patologie respiratorie i tempi di rientro possono variare in relazione alla diagnosi e alle condizioni del bambino, per alcune malattie le regole sono invece ben precise: in caso di varicella o morbillo, ad esempio, si può tornare a scuola dopo cinque giorni dalla comparsa delle vescicole o delle macchie cutanee; i giorni salgono a sette per la rosolia e a nove dopo la comparsa del gonfiore delle ghiandole salivari se si è presa la parotite; la scarlattina richiede una convalescenza minima di 48 ore dall'inizio della terapia a cui si aggiungono altre 48 ore di completa assenza di febbre, lo stesso accade in caso di faringite da streptococco».

I tempi sono chiari anche per altri disturbi diffusissimi fra i bambini: se si sono presi i pidocchi, si può rientrare dopo il primo trattamento; in caso di congiuntivite, devono trascorrere 24 ore dall'inizio della cura; se c'è diarrea, si rientra solo quando è completamente passata.

I genitori, peraltro, dovrebbero tenere a casa i bam-

bini quando hanno sintomi di malessere: ad esempio, se hanno la febbre, se nel giorno precedente c'è stato vomito o diarrea, se sono comparse macchie sospette sulla pelle (potrebbe essere in arrivo

una malattia esantematica) o se si sono accorti che gli occhi producono una secrezione purulenta (segno di congiuntivite, un problema che si trasmette con estrema facilità). Spedire il figlio malatic-

cio a scuola significa quasi certamente sentirsi chiamare a breve dagli insegnanti per andare a riprenderlo, perché a tutela della classe un bimbo con sintomi che ne facciano sospettare la contagiosità deve essere allontanato.

«Bisogna però sottolineare che, con la crescita, i problemi diminuiscono: alle elementari c'è una riduzione drastica del numero di malattie e le assenze degli scolari sono circoscritte a situazio-

ni chiare — riprende Mele —. In ogni caso, anche per i più grandicelli vale la regola della prudenza: bisogna sempre seguire con attenzione la terapia prescritta dal pediatra, attenendosi ai suoi consigli, senza avere troppa fretta di far tornare il bambino in classe». Anche perché prima di «sforare» i giorni di assenza consentiti ce ne vuole: secondo la legge, perché l'anno sia valido occorre frequentare i tre quarti dell'orario sco-

lastico, quindi le assenze non devono superare una cinquantina di giorni. Infine, l'annosa questione del certificato medico, previsto dopo cinque giorni consecutivi di malattia, ma non più obbligatorio ovunque: in Liguria, ad esempio, una sentenza della scorsa primavera ha stabilito che se ne potrà fare a meno, almeno a Genova e dintorni. Per essere certi di non sbagliare, meglio allora chiedere alla scuola del bambino quali siano le regole dell'istituto.

In palestra L'attività fisica non è quasi mai controindicata. Anzi

Poche le ragioni che richiedono davvero la rinuncia alla ginnastica

Le ore di ginnastica spesso preoccupano i genitori di bambini con qualche problema di salute: è necessario l'esonero per il bimbo che soffre di una malattia cronica? «Quasi sempre non occorre, basta tranquillizzare mamme e papà: per alcuni bambini l'educazione fisica a scuola è l'unico momento dedicato al movimento e l'esonero, magari solo parziale, serve davvero in pochissimi casi — risponde Giuseppe Mele, presidente dell'Osservatorio Paidòss —. Anzi, spesso bambini asmatici o cardiopatici traggono giova-

mento dal moto, ovviamente praticato attenendosi alle dovute precauzioni».

«L'esonero temporaneo può servire dopo fratture, in particolari fasi di terapie immunosoppressive, in caso di tumori, nei postumi di malattie serie come una pleurite; quello totale è previsto solo in situazioni gravi: dai deficit neurologici o motori persistenti, alle cardiopatie severe» spiega Giuseppe Di Mauro, presidente SIPPS.

«La maggioranza delle cardiopatie diffuse fra i bambini, infatti, non richiede alcuna limitazione — interviene il cardiologo pediatra Francesco

De Luca —. Lo stesso discorso vale per i piccoli che non hanno malattie cardiache diagnosticate, ma manifestano sintomi come battito accelerato o sincope, che gettano nel panico mamme e papà: in realtà, è raro che questi sintomi sottendano problemi seri, tali da rendere pericolosa l'ora di ginnastica o la partecipazione a una gita scolastica. Nel caso del cardiopalmo, molto comune fra i bambini, bisogna indagare solo se gli episodi si ripetono di frequente; lo svenimento è altrettanto consueto, soprattutto fra le ragazzine e magari nell'ambiente caldo e affolla-

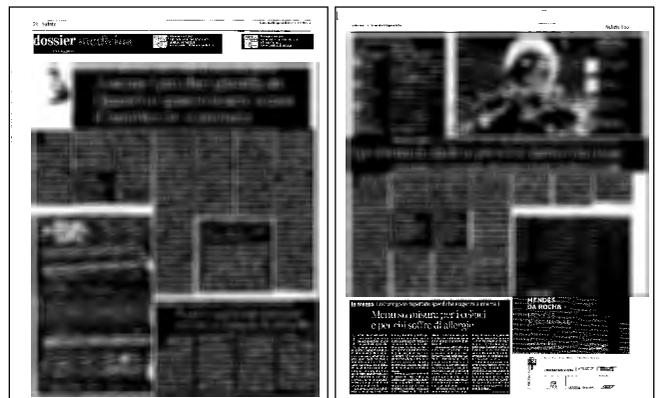
to della palestra, ma è altrettanto innocuo».

Gli esoneri, insomma, sono riservati a casi isolati, perché in genere l'attività fisica non va temuta ma al contrario favorita. Anche negli asmatici e allergici, come spiega l'allergologo Giorgio Longo: «L'esercizio fisico è un grande aiuto terapeutico per il bambino asmatico. Periodicamente è possibile che si presentino difficoltà respiratorie maggiori durante l'attività sportiva, ma in questi casi per prevenire il broncospasmo basta inalare un broncodilatatore prima di iniziare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Necessità

I piccoli riprendono le lezioni troppo presto perché i genitori non possono accudirli



Patologie croniche Per 5 mila alunni delle elementari e delle medie difficoltà con le terapie durante l'orario delle lezioni

I problemi di chi deve prendere farmaci in classe

Non sempre c'è la necessaria collaborazione tra docenti, dottori e famiglie

Soffrono di asma o diabete, sono malati di epilessia, hanno allergie che li possono esporre a uno shock anafilattico. E per questi motivi a scuola potrebbero avere bisogno di cure, per rispettare le prescrizioni della normale terapia o per un'emergenza: secondo una rilevazione ISTAT del 2013 su oltre 21 mila scuole primarie e secondarie di primo grado, ogni anno ci sono oltre 5 mila bambini e ragazzini che hanno bisogno della continuità delle cure durante le ore di lezione e si registrano poco meno di 7 mila richieste di interventi per la somministrazione di farmaci in circostanze critiche, a cui si aggiungono oltre 1500 emergenze che una volta su due richiedono l'arrivo dell'ambulanza a scuola (per lo più per epilessia, asma o allergie). In teoria le regole per la somministrazione dei medicinali a scuola ci sono e sono chiare: i genitori di un bimbo con una patologia cronica che abbia bisogno di ricevere farmaci in classe presentano la richiesta del medico e si ottiene il nullaosta. Il problema sta nel trovare chi, nella pratica, aiuterà il piccolo ad assumere la terapia: se è vero che nel 44% dei casi affrontati alle elementari è il personale della scuola a farsene carico e che un buon 18% di piccoli se la sbriga da solo, c'è tuttora un 21% di mamme e papà che devono entrare in classe per praticare

un'iniezione al figlio o per fargli usare un inalatore. Le percentuali cambiano al crescere dell'età: fra i ragazzini delle medie il 41% si somministra da solo il farmaco, il 29% conta sull'aiuto del personale scolastico e solo il 12% deve fare riferimento ai genitori. Ma c'è uno 0,6-0,9% di studenti che non è capace di far da sé e non ha qualcuno che possa aiutarlo. Per di più, il 30% di chi somministra i farmaci non è formato per farlo.

«La legge prevede che ci sia un responsabile per i problemi sanitari presso la scuola, ma non è obbligato alla somministrazione di farmaci per urgenza o per problemi cronici a meno di assumersene direttamente la responsabilità — spiega Giuseppe Di Mauro, presidente SIPPS —. Per fortuna i casi complessi sono una minoranza e se si tratta di dare un antipiretico, un antibiotico, di far inalare un farmaco per una crisi di asma quasi sempre sono gli insegnanti a occuparsene: spesso basta che i genitori discutano con il corpo docente le esigenze del bambino perché tutto scorra liscio».

«L'impressione è che la situazione sia a macchia di leopardo: in alcune Regioni la collaborazione fra scuola, pediatri e famiglie funziona, in altre stenta molto — osserva Sergio Bernardini, direttore della Clinica Pediatrica del Policlinico Universitario di Parma —. I farmaci per

la continuità delle cure dovrebbero essere somministrati da un pediatra di comunità o da un infermiere della Asl che si rechino negli istituti scolastici dove c'è bisogno di questo servizio. Nella pratica, non sempre succede e molto ricade sulle famiglie o i piccoli pazienti. Perciò, insegnare l'autogestione della patologia resta un cardine fondamentale per stare bene, anche se naturalmente non si può chiedere a un bambino della materna o delle elementari di essere autonomo nella terapia. Questo è realisticamente possibile solo dai nove, dieci anni in poi. Nel caso del diabete, ad esempio, vediamo che se bambini e genitori sono ben seguiti dai medici e si instaura una buona collaborazione con gli insegnanti, spiegando loro in che cosa consiste la malattia e che cosa potrebbe accadere, la patologia viene vissuta senza sentirsi diversi dagli altri ed è raro che servano interventi in emergenza».

Quello della formazione e della consapevolezza degli insegnanti è un punto nodale, come spiega Giuseppe Mele presidente dell'Osservatorio Paidòss: «La preparazione è fondamentale, anche e soprattutto per le emergenze. Gli insegnanti dovrebbero sempre sapere come si fa un'iniezione di insulina o come si gestisce un attacco epilettico, ma anche come intervenire in caso di soffocamento o per una rianimazione cardiopolmonare:

oggi invece non esiste alcun obbligo in merito e magari si formano maestri e professori sulla giusta composizione di un pasto. Utile, certo, ma per preparare menu adatti ai bambini bastano i dietisti della Asl». «Invece, sarebbe ad esempio indispensabile dotare obbligatoriamente le scuole di un defibrillatore automatico — aggiunge Francesco De Luca, direttore della Cardiologia pediatrica dell'Ospedale Universitario Vittorio Emanuele di Catania —. Bastano poche ore per imparare a gestire un'emergenza cardiologica attraverso corsi per gli insegnanti: per prevenire i casi di morte improvvisa sui campetti da gioco sarebbero assai più utili di qualsiasi screening».

«Sulla gestione delle malattie croniche molti docenti sono ben preparati, in tutta Italia; l'emergenza è invece un punto critico — conferma Giorgio Longo, responsabile dell'Unità di allergologia, dermatologia e trattamento dell'asma all'Ospedale Pediatrico Burlo Garofolo di Trieste —. Nel caso di una crisi allergica grave, ad esempio, molto si può ancora migliorare per far sì che i bambini abbiano garantito l'accesso alla "penna" con adrenalina da iniettare per via intramuscolare, indispensabile contro lo shock anafilattico. Tutto passa anche in questo caso da una buona formazione di maestri e professori che, evidentemente, è ancora più facile a dirsi che a farsi».

Patologie

La maggior parte dei casi riguarda asma, diabete, epilessia e forme allergiche

Emergenze

Circa 1.500 sono le richieste annue di soccorso urgente presso gli istituti

In mensa Così vengono rispettate specifiche esigenze alimentari

Menu su misura per i celiaci e per chi soffre di allergie

In Italia la celiachia colpisce circa l'1 per cento della popolazione, bimbi e ragazzi inclusi, e le diagnosi paiono in aumento. Inoltre, i bambini con allergie alimentari (nella maggioranza dei casi ipersensibili a latte, uova, noci, nocciole e arachidi) sono circa il 5 per cento del totale, ma si stima che negli ultimi 10 anni il numero sia raddoppiato, tanto che le visite ambulatoriali per allergie ai cibi sono triplicate e i ricoveri per shock anafilattico fra zero e quattordici anni sono aumentati 7 volte.

La scuola, dove i giovanissimi passano gran parte del loro

tempo, dovrebbe perciò garantire un ambiente sicuro a tutti questi pazienti: non a caso un recente documento dell'European Academy of Allergy and Clinical Immunology ha spiegato che spesso e volentieri la prima manifestazione di un'allergia alimentare avviene proprio a scuola, mentre una reazione allergica ai cibi su cinque si verifica in classe.

Primo passo per tutelare il benessere di celiaci e allergici, offrire diete speciali alla mensa: per ottenerle basta fare una semplice richiesta presso l'istituto scolastico, corredata dai certificati medici. Ma poi

siamo sicuri che venga garantita davvero un'alimentazione senza glutine o a prova di allergeni?

«I servizi scolastici ora sono molto più evoluti rispetto al passato e c'è molta più consapevolezza delle esigenze speciali — dice Giuseppe Mele, presidente dell'Osservatorio Paidòss —. Il Servizio sanitario offre prodotti senza glutine a tutti i celiaci e anche le mense sono all'altezza del compito, in genere basta che ci sia una buona collaborazione fra famiglie e scuole per non avere problemi».

«Di norma nelle scuole ci sono operatori seri e compe-

tenti, che sono una garanzia per la sicurezza dei bambini — dice l'allergologo Giorgio Longo—. Di fatto la maggior parte degli incidenti dovuti a incaute o inavvertite assunzioni dell'alimento "proibito" avvengono in ambiente domestico, non a scuola».

Nel malaugurato caso che accada una reazione grave in classe, però, sono dolori: stando ai dati diffusi dall'EAAI, in Italia due scuole su tre non hanno un piano di emergenza per gestire le reazioni allergiche gravi e il personale non sempre è consapevole dei possibili rischi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Controlli

Dalla visita del medico scolastico ai «bilanci» del pediatra

Un tempo c'era il medico scolastico, che almeno una volta all'anno passava in rassegna tutti gli alunni controllando vista, postura, dentatura e valutando lo stato di salute generale e lo sviluppo. Ma la scuola ha dovuto stringere la cinghia e da tempo questo servizio è solo un ricordo quasi ovunque. «Oggi c'è il pediatra di famiglia — rassicura Giuseppe Mele, presidente di Paidòss — che assolve a tutte le funzioni di controllo e prevenzione individuale che erano appannaggio del medico scolastico: per esempio, attraverso i "bilanci di salute" periodici, un'opportunità preziosa, vengono valutate le tappe del percorso evolutivo del bambino e si riescono a intercettare malesseri e problemi con una buona tempestività». Per le esigenze della collettività della scuola, ad esempio per la sicurezza nelle classi, in mancanza del medico scolastico i compiti vengono assolti in genere da medici igienisti o di comunità.

I tempi giusti per guarire

Malattia	Rientro a scuola
 FEBBRE CON SINTOMI DI VARIA NATURA	Dipende dalla malattia diagnosticata, occorre attenersi al consiglio del pediatra
 MORBILLO	Dopo 5 giorni dalla comparsa dell'eruzione cutanea
 PAROTITE	Dopo 9 giorni dalla comparsa della tumefazione delle ghiandole salivari
 PERTOSSE	Dopo 5 giorni completi di terapia antibiotica (che deve essere somministrata per 14 giorni)
 ROSOLIA	Dopo 7 giorni dall'esordio dell'eruzione cutanea
 SCARLATTINA	Dopo 48 ore dall'inizio della terapia, con assenza di febbre da 48 ore
 VARICELLA	Dopo 5 giorni dalla comparsa delle prime vescicole
 PEDICULOSI	Il mattino dopo il primo trattamento
 DIARREA	Fino a cessazione della diarrea
 CONGIUNTIVITE	24 ore dopo l'inizio del trattamento
 FARINGITE DA STREPTOCOCCO	Dopo 48 ore dall'inizio della terapia, con assenza di febbre da 48 ore



BUONI MOTIVI PER ESSERE ASSENTE

Il bimbo deve essere tenuto a casa se

ha malessere generale, con o senza febbre; sempre quando ha la febbre

ha avuto diarrea o vomito nelle ultime 24 ore

ha un'eruzione cutanea a macchie diffuse che sono comparse all'improvviso

ha un occhio arrossato con secrezione purulenta

D'ARCO