



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DIPARTIMENTO TRASVERSALE SALUTE DONNA,
INFANZIA E ADOLESCENZA – FORLÌ-CESENA
U.O. Pediatria e Consultorio Familiare – Cesena
Direttore f.f.: Dr.ssa Antonella Brunelli

**MISURE DI PROFILASSI PER PREVENIRE LA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI NELLE
COLLETTIVITA' E CRITERI GENERALI PER LA FREQUENZA IN COMUNITA' DI BAMBINI
CON "BISOGNI SPECIALI"**

• **AMMISSIONE IN COLLETTIVITA'**

Per l'ammissione in collettività non è richiesto alcun certificato medico che attesti lo stato di buona salute dell'alunno.

La Legge n°119 del 31 luglio 2017, che amplia il numero delle vaccinazioni obbligatorie per tutti i minori da 0 a 16 anni, prevede che l'adempimento agli obblighi vaccinali previsti dalla normativa sia requisito di accesso per:

Nidi d'infanzia: Micronidi, Nidi part-time, Nidi tempo lungo, Sezioni di nido aggregate ad altri servizi educativi o scolastici detti anche "Sezioni Primavera".

Servizi integrativi al nido: Spazio Bambini, Servizi Domiciliari, Centri per Bambini e Famiglie (CBF) e Servizi Sperimentali (0-6 anni).

Servizi Ricreativi: Servizi rivolti a bambini dai 3 ai 36 mesi che ne fruiscono occasionalmente

Scuole per l'infanzia, incluse quelle private non paritarie.

Per gli altri gradi di istruzione la mancata effettuazione delle vaccinazioni non determina la decadenza dall'iscrizione.

□ □ **ALLONTANAMENTO DEL MINORE DALLA FREQUENZA SCOLASTICA**

Lievi indisposizioni sono molto frequenti nei bambini e la maggior parte di essi non ha bisogno di essere allontanata a causa delle comuni banali malattie respiratorie o gastrointestinali se di modesta entità.

La sola rinorrea (raffreddore) è condizione frequente e non può essere sempre motivo in sé di non frequenza o allontanamento dalla scuola.

Le condizioni che sono di sotto elencate guidano il personale scolastico che allontanerà l'alunno tramite motivazione scritta presente in allegato.

Misure particolari di allontanamento e riammissione potranno essere previste in caso di epidemia nella comunità o nella scuola su indicazione del personale sanitario.



Condizioni che prevedono l'allontanamento:

SERVIZI EDUCATIVI E SCUOLE DELL'INFANZIA

- febbre superiore a 37,5° C
- *sintomi respiratori acuti come tosse e rinite con difficoltà respiratoria*
- diarrea che si manifesta con 3 o più scariche di feci semiliquide o liquide;
- vomito che si presenta con episodi ripetuti e si accompagna a malessere generale;
- *perdita di gusto e/o olfatto in assenza di raffreddore*
- *cefalea intensa*
- sospetta malattia infettiva (esantema) o parassitaria (es. pediculosi);
- congiuntivite purulenta (secrezione bianco giallastra)

SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA

- febbre superiore a 37,5° C
- *sintomi respiratori acuti come tosse e rinite con difficoltà respiratoria*
- diarrea che si manifesta con 3 o più scariche di feci semiliquide o liquide;
- vomito che si presenta con episodi ripetuti e si accompagna a malessere generale;
- *perdita di gusto e/o olfatto in assenza di raffreddore*
- *cefalea intensa*
- sospetta malattia infettiva (esantema) o parassitaria (es. pediculosi);

· RIAMMISSIONI DOPO LE ASSENZE

Secondo la Nota congiunta Uff Scol Reg per l'Emilia-R. e Dir. Gen. cura della persona e welfare – Regione Emilia-Romagna del 10 sett. 2020, prot. 15520 avente ad oggetto “Indicazioni operative per la riapertura delle scuole e per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole dell'Emilia-Romagna”, nell'affrontare il tema “Risposta a eventuali casi e focolai da CoVID-19” si dispone che:

in caso di sintomatologia che abbia determinato l'allontanamento dalla scuola di un alunno o l'assenza per più giorni, in base alla valutazione del PLS/MMG, potranno verificarsi due situazioni:

- nel sospetto di un caso di CoVID-19 il PLS/MMG richiede l'esecuzione del tampone diagnostico al DSP che prenderà contatti con la famiglia per l'appuntamento.

Per l'alunno con tampone positivo il DSP avviserà il referente scolastico CoVID-19, la famiglia e il curante e l'alunno rimarrà a casa fino a risoluzione dei sintomi e seguendo le indicazioni del DSP relativa alla quarantena e la riammissione in comunità. L'alunno rientrerà poi a scuola con attestato di nulla osta del curante.

I compagni di classe e gli insegnanti seguiranno le indicazioni del DSP.

Per l'alunno con tampone negativo il DSP comunicherà l'esito alla famiglia e al curante e sempre il PLS/MMG produrrà una volta terminati i sintomi, un attestato per il rientro.



- per sintomatologia NON riconducibile a CoVID-19, il PLS/MMG gestirà la situazione come normalmente avviene, indicando alla famiglia le misure di cura e concordando, in base all'evoluzione del quadro clinico, i tempi per il rientro in comunità.

Come previsto dalla Legge regionale 16 luglio 2015, n.9 - art. 36 “Semplificazione delle certificazioni sanitarie in materia di tutela della salute in ambito scolastico” – non è richiesta certificazione medica per la riammissione alla frequenza scolastica, trattandosi di pratica inefficace e obsoleta, che toglie tempo all’attività di assistenza clinica ed educazione/informazione delle famiglie, che invece più opportunamente caratterizza il compito del PLS/MMG. In buona sostanza, non è richiesta certificazione medica né autocertificazione della famiglia, per il rientro a scuola di sintomatologie non riconducibili a CoVID-19.

In questo secondo caso (sintomatologia non riconducibile a CoVID-19) i bambini dei Nidi d’infanzia, Servizi integrativi al nido, Servizi Ricreativi e Scuola infanzia possono riprendere la frequenza dopo almeno 2 giorni di sospensione dalla collettività compreso quello di allontanamento, mentre i bimbi della Scuola primaria e secondaria possono riprendere la frequenza il giorno dopo quello dell’allontanamento, sempreché i sintomi che hanno portato all’allontanamento siano scomparsi.

Qualora un alunno sia portatore di apparecchio gessato a seguito di un evento traumatico appena le condizioni generali lo permettono può riprendere le attività scolastiche, ad eccezione di attività motorie, indipendentemente dalla prognosi ortopedica.

□□SITUAZIONI DI EMERGENZA

E' possibile che durante l'attività scolastica i bambini o i ragazzi subiscano un trauma o presentino segni e sintomi che fanno pensare ad una malattia importante (tosse continua e difficoltà respiratoria, irritabilità o stanchezza o sonnolenza non giustificata, perdita di coscienza, pianto continuo, dolore addominale intenso e persistente, ferita profonda, ecc.); in questi casi il personale scolastico deve se necessario procedere con interventi di primo soccorso, contattare il servizio di emergenza 118 e avvisare tempestivamente i genitori.

Se un alunno si ferisce la ferita deve essere accuratamente lavata con acqua e sapone e si deve evitare che altri vengano a contatto con il suo sangue; ciò vale anche nel caso di contatto con materiale organico (feci, vomito, etc..). Il personale che esegue le manovre di primo soccorso deve indossare guanti monouso. Il materiale utilizzato per il primo soccorso deve essere smaltito in un sacco impermeabile richiuso con cura e non raggiungibile da altri. Qualora oggetti, arredi o superfici fossero contaminati da materiale organico, questi vanno ripuliti con materiale a perdere e successivamente disinfettati con soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5–1%.

Al termine delle varie operazioni di primo soccorso, ed eventuale pulizia delle superfici contaminate, il personale deve lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone.

□□SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

Nessun farmaco può essere somministrato all’interno della collettività scolastica: fanno eccezione i farmaci indispensabili per i soggetti affetti da malattia cronica ed i farmaci salvavita.



Il Protocollo di intesa provinciale per la somministrazione dei farmaci in orario ed ambito scolastico siglato in data 28-08-2013 fornisce indicazioni in merito.

Di norma la somministrazione di farmaci non è permessa all'interno delle collettività. In casi particolari (es. terapie continuative e indispensabili) è ammessa previa richiesta motivata del medico curante da sottoporre alla autorizzazione del Pediatra di Comunità.

Le direzioni scolastiche insieme alla Pediatria di Comunità costruiranno, se necessario, un percorso personalizzato per la formazione/informazione del personale scolastico incaricato alla somministrazione e alla conservazione dei farmaci.

□□FREQUENZA IN COMUNITA' DI BAMBINI E RAGAZZI CON PROBLEMI DI SALUTE PARTICOLARI

La frequenza delle collettività è un diritto di ogni ragazzo anche al di fuori della scuola dell'obbligo. Per rendere fruibili tali strutture a coloro che hanno problemi di salute particolari, è però spesso necessario affrontare soluzioni organizzative e/o gestionali tali per cui è indispensabile che i dirigenti scolastici e la Pediatria di Comunità siano informati con un certo anticipo di tali esigenze per potersi attivare.

Viene richiesto ai genitori di consegnare per tempo alla Pediatria di Comunità una breve relazione sanitaria del medico curante e/o il materiale sanitario in loro possesso.

□□CRITERI GENERALI PER L'ALIMENTAZIONE NEI SERVIZI EDUCATIVI E SCOLASTICI

La ristorazione scolastica va considerata non solo come l'offerta di un pasto nutrizionalmente equilibrato, ma deve essere vista per il suo ruolo educativo e preventivo per l'età evolutiva, una occasione per influenzare positivamente le abitudini alimentari, gli atteggiamenti e le conoscenze dei bambini e delle loro famiglie.

A tal fine i servizi competenti dell'Azienda Sanitaria hanno il compito di fornire un adeguato supporto all'impegno dell'Amministrazione Comunale e dei Responsabili delle scuole pubbliche e private che hanno in carico la refezione scolastica offrendo tabelle dietetiche, esprimendo parere/autorizzazione su quelle elaborate da altri, partecipando ai Comitati Mensa, effettuando sopralluoghi di verifica ove necessario, formando il personale scolastico, fornendo le "Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole" riferite anche al servizio bar e ai distributori automatici - Delibera Regionale n. 418/2012 , partecipando a progetti regionali di promozione di stili di vita salutari.

Da tempo nel nostro territorio le tabelle dietetiche della refezione scolastica riflettono i principi della corretta alimentazione e della dieta mediterranea per varietà, stagionalità e presenza di piatti della tradizione con menù semplici e leggeri caratterizzati da verdure e frutta di stagione, legumi, pesce, olio extravergine d'oliva, cereali e al contempo da una riduzione di carni rosse, formaggi, zuccheri semplici e sale.

Secondo le "Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia Romagna" la tabella dietetica adottata in scuole pubbliche o private deve acquisire il parere di conformità dai servizi dell'Azienda USL competente per territorio, Pediatria di Comunità e SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione). Per tale parere, vincolante per i nidi, dovrà essere fornita una documentazione comprendente: menù scolastico e ricette con indicazioni degli alimenti utilizzati e relative grammature.



Alla luce di quanto riportato nella Circolare del Ministero della Salute n. 0003674 del 06/02/2015 i gestori della refezione hanno l'obbligo di informare i genitori in merito alla presenza di allergeni evidenziandoli nel menù o nel ricettario o fornendo informazione su dove poter consultare la relativa documentazione.

Le tabelle dietetiche in vigore nella struttura devono essere seguite e rispettate.

1.1. SI SOTTOLINEA CHE UNA "RISTORAZIONE SCOLASTICA DI QUALITÀ" SI BASA SULLA PROPRIETÀ DELLE MATERIE PRIME UTILIZZATE, MISURATA SULLE CARATTERISTICHE IGIENICHE, NUTRIZIONALI, ORGANOLETTICHE E MERCEOLOGICHE - LEGGE REGIONALE N.29/2002 "NORME PER L'ORIENTAMENTO DEI CONSUMI E L'EDUCAZIONE ALIMENTARE E PER LA QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI DI RISTORAZIONE COLLETTIVA" CHE PROMUOVONO IL CONSUMO DI ALIMENTI PROVENIENTI DA COLTIVAZIONI BIOLOGICHE.

Diete speciali per problemi sanitari

Il medico curante deve fare su apposito modulo una richiesta clinicamente motivata nel quale specifica gli alimenti consentiti, quelli da escludere, e la durata della dieta. La richiesta deve essere inviata alla Pediatria di Comunità.

Ogni richiesta viene valutata dal Pediatra referente della dietetica di Comunità e, se autorizzata, le dietiste elaborano lo specifico schema dietetico che verrà trasmesso al personale di cucina e/o al responsabile della cucina centralizzata, al personale e al dirigente scolastico, e ai genitori.

DIETE PER MOTIVI ETICO-RELIGIOSI O CULTURALI

QUESTE DIETE, RICHIESTE DAI GENITORI PER MOTIVI NON SANITARI, NON PREVEDONO LA PRESCRIZIONE MEDICA, E DEVONO ESSERE GESTITE DIRETTAMENTE DAI SERVIZI COMPETENTI DELL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE O DAI RESPONSABILI DELLE SCUOLE CHE SI ORGANIZZERANNO CON LE MODALITÀ PREVISTE DALLA NOTA MINISTERIALE N. 0011703/2016 INTEGRAZIONE - "LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA" DEL MINISTERO DELLA SALUTE.

Anche questi menù devono rispettare i principi generali della ristorazione scolastica che promuove la scelta di un'alimentazione equilibrata e completa, con particolare attenzione alla varietà e alla qualità degli alimenti proposti al fine di evitare carenze o squilibri nutrizionali. Al riguardo è possibile offrire, ove richiesto, alcune indicazioni generali sulle sostituzioni.

Alimenti provenienti dall'esterno

Avendo adottato norme atte ad interrompere la catena di trasmissione delle malattie a trasmissione oro fecale che vanno dall'igiene del personale a quella degli alimenti, non può essere concessa l'introduzione dall'esterno di alcun alimento a consumo collettivo (es. torte) se non confezionato da strutture artigianali o industriali che



sono sottoposte alle stesse norme e controlli scolastici. Essendo comunque presente, anche in caso di confezioni artigianali e/o industriali, il problema della conservazione, è vietata l'introduzione in comunità di cibi con farcitura o guarnitura con panna e/o crema, cibi che risultano facilmente deperibili.

Per quanto riguarda la possibilità che gli alunni possano consumare un **pasto/merenda preparato in ambiente domestico**, si deve fare riferimento alle prime indicazioni della Regione Emilia Romagna (nota Regionale PG-2016) in attesa di un aggiornamento delle Linee guida nazionali sulla ristorazione scolastica.

Allegato 1 e 1 bis : moduli allontanamento

Allegato n° 2: pediculosi-lettera informativa per i genitori

Allegato n° 3: periodi contumaciali (da Circ.Min. n.4 del 13/03/1998)

Allegato n° 4: recapiti telefonici della Pediatria di Comunità



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DIPARTIMENTO TRASVERSALE SALUTE DONNA,
INFANZIA E ADOLESCENZA – FORLÌ-CESENA
U.O. Pediatria e Consultorio Familiare – Cesena
Direttore f.f.: Dr.ssa Antonella Brunelli

**PEDICULOSI DEL CAPO
NOTE INFORMATIVE PER I GENITORI**

La pediculosi del capo rappresenta un evento ricorrente nelle collettività, soprattutto nelle scuole dell'infanzia e primarie.

Il parassita non trasmette alcuna malattia e l'unico disturbo che può arrecare, attraverso le sue punture, è il prurito. Il pidocchio del capo può infestare chiunque, indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale e dall'igiene personale e solo con la collaborazione di tutti se ne può arrestare la diffusione.

Il pidocchio del capo è un insetto di 1-4 mm che parassita esclusivamente l'uomo vivendo sul cuoio capelluto, attaccandosi saldamente ai capelli, prevalentemente sulla nuca, dietro le orecchie e alle tempie.

Per nutrirsi punge il suo ospite 5-6 volte al giorno, determinando irritazione e prurito. La sua vita media è di 6-7 settimane, di cui 3-4 allo stato adulto. La femmina adulta depone ogni giorno 6-8 uova chiamate "lendini" e le fissa tenacemente alla base del capello per mezzo di una sostanza collosa. Le lendini sono ovali, biancastre, traslucide. Possono essere confuse con la forfora ma, a differenza di questa, quando si scuotono i capelli non volano via e rimangono ben attaccate. Dopo 7-10 giorni le uova si schiudono, liberando insetti immaturi (larve) che raggiungono lo stadio adulto in 10 giorni.

Il contagio avviene per via diretta quando il pidocchio passa da una testa all'altra e per via indiretta attraverso il contatto con cappelli, sciarpe, spazzole e pettini della persona infestata.

Anche la biancheria da letto, i cuscini e i tessili in genere possono ospitare il parassita. La via indiretta è più rara perché il pidocchio non sopravvive che poche ore lontano dalla testa dell'uomo: per questo motivo la disinfestazione degli ambienti non è raccomandata.

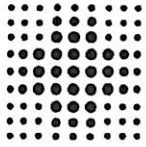
In caso di sospetta pediculosi del capo, l'insegnante è tenuto a informare tempestivamente i genitori per l'allontanamento.

A diagnosi accertata dal medico curante occorre:

- **effettuare il trattamento antiparassitario prescritto;**
- **eliminare le lendini, sfilandole ad una ad una, per evitare che quelle rimaste vitali, schiudendosi, possano perpetuare l'infestazione (ci si può aiutare con un pettine a denti fitti);**
- ripetere il trattamento antiparassitario dopo 7 giorni, per rendere più efficace la disinfestazione;
- effettuare contemporaneamente il trattamento antiparassitario ai familiari risultati infestati dal parassita, per evitare il rischio di reinfestazione;
- bonificare gli oggetti che possono essere veicolo di diffusione dell'infestazione: le spazzole e i pettini vanno personalizzati e disinfettati mediante immersione per 5 minuti in acqua calda (temperatura superiore a 54°C); cappelli, cuffie, sciarpe, capi di abbigliamento a contatto con i capelli, lenzuola, coperte, asciugamani si disinfestano con lavaggio a macchina usando cicli caldi oppure tramite lavaggio a secco.

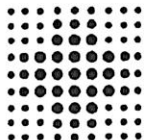
Per limitare la diffusione del parassita si raccomanda di:

- **controllare accuratamente i propri figli almeno una volta alla settimana**
- non usare il trattamento antiparassitario se non ci sono pidocchi, in quanto questo favorisce il rischio di tossicità e la comparsa di resistenza del parassita ai farmaci (allo stato attuale delle conoscenze non esistono prodotti efficaci per la prevenzione della pediculosi);
- avvertire i docenti della scuola in caso di pediculosi, in modo che gli insegnanti possano comunicare a tutti i genitori di controllare maggiormente i capelli dei propri figli.



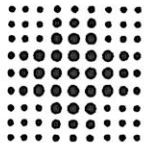
PERIODI CONTUMACIALI

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 coproculture, eseguite a giorni alterni dopo almeno 48 ore dalla fine del trattamento antibiotico
Giardia lamblia	Fino a guarigione clinica (feci formate) o al completamento della terapia
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
HIV	Nessuno
Impetigine	Fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento antibiotico (coprire le lesioni)
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) (misure di profilassi se coprocultura positiva)
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



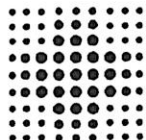
PERIODI CONTUMACIALI

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 coproculturali, 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)



PERIODI CONTUMACIALI

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 coproculture, eseguite a giorni alterni dopo almeno 48 ore dalla fine del trattamento antibiotico
Giardia lamblia	Fino a guarigione clinica (feci formate) o al completamento della terapia
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
HIV	Nessuno
Impetigine	Fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento antibiotico (coprire le lesioni)
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) (misure di profilassi se coprocultura positiva)
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



PERIODI CONTUMACIALI

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 coproculturali, 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)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

DIPARTIMENTO TRASVERSALE SALUTE DONNA,
INFANZIA E ADOLESCENZA – FORLÌ-CESENA
U.O. Pediatria e Consultorio Familiare – Cesena
Direttore f.f.: Dr.ssa Antonella Brunelli

ELENCO RECAPITI TELEFONICI DELLA PEDIATRIA DI COMUNITA'

BAGNO DI ROMAGNA

San Piero in Bagno via G. Marconi, 36 presso Ospedale Angioloni

Tel. 0543 904134

Centralino 0543 904111

CESENA – MERCATO SARACENO – MONTIANO

Cesena piazza Anna Magnani, 146/147

Tel. 0547 394204

CESENATICO

Cesenatico via C. Abba, 102 presso Ospedale Marconi

Tel. 0547 394090 – 394089

GAMBETTOLA – LONGIANO – RONCOFREDDO

Gambettola via viole, 35

Tel. 0547 394715

**SAVIGNANO SUL RUBICONE – BORGHI – GATTEO – SAN MAURO PASCOLI –
SOGLIANO AL RUBICONE**

Savignano sul Rubicone via fratelli Bandiera, 15

0541 821830