



RACCOMANDAZIONI PER LA  
PREVENZIONE E GESTIONE  
DELLA PEDICULOSI NELLE SCUOLE

Aprile 2004

Il presente documento è stato realizzato con il contributo

- del Dr. F. Giovannetti della ASL 18 e Si.ra G. Cavani della ASL 1
- del gruppo di lavoro dei Responsabili ASL del Sistema Informativo delle Malattie Infettive piemontese

e il coordinamento

- del Servizio di riferimento Regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, il controllo e la prevenzione delle Malattie Infettive (SeREMI)

## INDICE

A.	La pediculosi: aspetti epidemiologici e clinici.....	4
1.	Etiologia.....	4
2.	Epidemiologia.....	4
3.	Clinica.....	5
4.	Prevenzione .....	5
a.	Misure di prevenzione in ambito familiare .....	6
b.	Misure di prevenzione in ambito scolastico e nelle collettività in genere.....	6
c.	Criteri di riammissione scolastica .....	6
5.	Terapia .....	7
B.	La gestione della pediculosi in Sanità Pubblica.....	9
1.	Introduzione.....	9
2.	La famiglia.....	9
3.	Il pediatra o il medico di famiglia.....	9
4.	Il farmacista .....	10
5.	I Servizi di Sanità Pubblica.....	10
6.	La scuola.....	10
a.	Ruolo del dirigente scolastico.....	11
b.	Il ruolo degli insegnanti .....	11
c.	Il ruolo dei rappresentanti dei genitori.....	11
C.	Protocollo operativo per la gestione della pediculosi nelle comunità scolastiche della Regione Piemonte.....	12
1.	Scuola .....	12
a.	Azioni routinarie.....	12
b.	Azioni straordinarie .....	13
2.	Aziende Sanitarie Locali.....	14
3.	Medici di famiglia e pediatri di libera scelta.....	15
	Bibliografia.....	17

## **A. LA PEDICULOSI: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E CLINICI**

### **1. Etiologia**

Pediculus humanus capitis è un ectoparassita il cui unico ospite è l'uomo; si nutre del sangue dell'ospite effettuando diversi pasti nelle 24 ore e risiede a stretto contatto con il cuoio capelluto al fine di mantenere costante la propria temperatura corporea. Il ciclo vitale del parassita consta di tre stadi: uovo, ninfa e adulto. Le uova ( dette lendini), di forma allungata e colorito bianco-grigiastro, hanno dimensioni di 0.3 - 0.8 mm, sono deposte dalla femmina adulta e cementate alla base del capello mediante una particolare sostanza collosa; si schiudono dopo circa una settimana dalla deposizione (range = 6-14 giorni) dando luogo alla ninfa. Quest'ultima ha una morfologia simile all'adulto ma è di dimensioni minori e matura nell'individuo adulto in una settimana circa. Dopo la schiusa, la lendine vuota resta aderente al capello. L'adulto misura 2 – 3 mm di lunghezza e il suo colore varia da marrone a bianco-grigiastro. La femmina vive sino a 4 settimane e depone circa 10 uova al giorno. L'insetto si nutre prelevando piccole quantità di sangue dall'ospite. Al di fuori del cuoio capelluto, il parassita sopravvive per 24-48 ore, in genere meno di 24 ore, e le sue uova non riescono a schiudersi se si trovano ad una temperatura inferiore a quella cutanea (1).

### **2. Epidemiologia**

La pediculosi è ubiquitaria e sono milioni le persone colpite ogni anno in tutto il mondo; nelle Nazioni sviluppate la fascia d'età maggiormente interessata è quella fra i 3 e i 12 anni (2). L'infestazione non è influenzata dallo stato socio-economico né dalla lunghezza dei capelli o dalla frequenza dei lavaggi.

In Italia è stato osservato un incremento del numero dei casi di pediculosi, che colpisce prevalentemente i bambini, con focolai epidemici nelle comunità scolastiche. Il numero di casi notificati, che verosimilmente sottostima di molto il numero reale, è passato da 3449 nel 1990 a 4907 (in 1009 focolai) nel 1999 (3).

La trasmissione del parassita si verifica per contatto diretto con la testa di un soggetto infestato. E' invece controverso il ruolo dei cosiddetti fomiti (da fomes, -itis = oggetto che funge da veicolo di agenti infettivi, nel caso in questione ci si riferisce a vestiti, cappelli, cuscini, spazzole e in generale qualsiasi oggetto che entra in contatto con la testa), poiché vi sono pochi studi sperimentali al riguardo (4). In ogni caso, si ritiene che la trasmissione tramite i fomiti sia possibile, sebbene meno frequente della trasmissione per contatto diretto. Generalmente i pidocchi reperibili sui fomiti sono giunti al termine del loro ciclo vitale e hanno una diminuita capacità di stabilirsi su nuovi ospiti (5). Sono necessari circa 30 secondi affinché un pidocchio si trasferisca da una testa all'altra: ciò significa che solo un contatto diretto e prolungato è associato al rischio di trasmissione (6). Ne

deriva che quando un bambino è affetto da pediculosi, l'infestazione può estendersi a tutti i componenti del nucleo familiare.

### **3. Clinica**

Il sintomo principale, che può mancare, è il prurito, causato da una reazione allergica alla saliva dell'insetto. Occasionalmente è possibile osservare un'infezione cutanea batterica secondaria alle lesioni da grattamento. Nel soggetto infestato per la prima volta, il prurito può comparire solo dopo 4-6 settimane, il tempo necessario perché si sviluppi la sensibilizzazione alla saliva dell'insetto (7). La diagnosi di certezza consegue al reperimento del parassita vivo, ma ciò può essere difficile perché *P. capitis* si muove ad una velocità di 6-30 cm al minuto (7). La sola presenza di lendini non è di per sé diagnostica. Uno studio ha dimostrato, attraverso l'esame in laboratorio di campioni pervenuti da soggetti ritenuti infestati, un'elevata percentuale di bambini erroneamente classificati come affetti da pediculosi; tra i soggetti correttamente identificati come portatori di lendini, solo il 53.3% presentava lendini attive (ossia, contenenti il parassita) (8). La sola presenza di lendini non significa che il soggetto necessariamente svilupperà la parassitosi: uno studio, condotto su 1729 bambini sottoposti a screening in ambito scolastico, ha evidenziato il parassita in 28 soggetti (1.6%) e la presenza di lendini in 63 bambini (3.6%); in quest'ultimo gruppo, il follow up di due settimane relativo a 50 soggetti ha avuto come esito il riscontro del parassita in soli 9 soggetti (18%) (9).

L'uovo viene deposto molto vicino al cuoio capelluto (ossia a circa 3-4 mm dalla superficie cutanea), per cui se teniamo presente che il capello cresce di 0.4 mm circa ogni giorno e l'uovo si schiude 7 – 10 giorni dopo la sua deposizione, possiamo concludere che una lendine che si trova alla distanza di almeno 1 cm dal cuoio capelluto è vuota (nel senso che il pidocchio è già uscito) oppure è stata inattivata dal trattamento (7).

### **4. Prevenzione**

E' impossibile prevenire completamente le infestazioni da *P. capitis*. I bambini, a causa delle loro peculiari modalità comportamentali, hanno frequenti contatti diretti e prolungati tra le loro teste ed è frequente lo scambio di oggetti personali (cappelli etc.). Ne consegue che i bambini devono essere educati ad evitare o almeno ridurre tali comportamenti. L'unica corretta misura di prevenzione è costituita dall'identificazione precoce dei casi, attuata mediante il controllo settimanale della testa da parte dei genitori.

E' assolutamente scorretto l'uso a scopo preventivo dei prodotti utilizzati nel trattamento per l'eliminazione dei pidocchi: si tratta di una pratica inutile e dannosa, e come tale deve essere energicamente scoraggiata.

### **a. *Misure di prevenzione in ambito familiare***

Successivamente all'identificazione di un caso indice, tutti i conviventi devono essere controllati e trattati se positivi. E' opportuno trattare comunque, indipendentemente dall'esito dell'accertamento, coloro che condividono lo stesso letto con il caso indice. Sebbene la trasmissione tramite fomiti abbia un ruolo meno importante, è opportuno procedere al trattamento degli oggetti personali nel modo seguente (10):

- spazzole e pettini: immersione per 10 minuti in acqua calda ad almeno 54° C, in cui diluire eventualmente il prodotto indicato per il trattamento;
- biancheria: lavaggio a caldo (60°C) in lavatrice o a secco; altrettanto efficace è la conservazione di tali materiali in sacchi di plastica per 10 giorni.

### **b. *Misure di prevenzione in ambito scolastico e nelle collettività in genere***

Gli studi epidemiologici disponibili (1,10) hanno messo in evidenza che lo screening (controllo delle teste) in ambito scolastico non ha dimostrato di ridurre l'incidenza della parassitosi, e non viene quindi raccomandato in quanto si tratta di un intervento di non comprovata efficacia. Al contrario, numerosi studi descrittivi suggeriscono che l'educazione dei genitori riguardo al riconoscimento e al trattamento della pediculosi può risultare efficace (11,12). I genitori dovrebbero essere incoraggiati a controllare routinariamente le teste dei figli anche se asintomatici; lo screening scolastico non può sostituire tale modalità di controllo (5,12,13).

### **c. *Criteri di riammissione scolastica***

Il bambino può tornare a scuola il giorno dopo il trattamento. Non è indispensabile che, contestualmente al trattamento, sia stata effettuata la rimozione delle lendini (14), tuttavia tale pratica può essere presa in considerazione per le seguenti ragioni (7):

- LA RIMOZIONE DELLE LENDINI PUÒ RIDURRE LA CONFUSIONE DIAGNOSTICA
- la rimozione delle lendini evita che il trattamento venga ripetuto senza che ve ne sia la necessità
- secondo alcuni Autori la rimozione delle lendini situate entro 1 cm dal cuoio capelluto è utile per diminuire il rischio, peraltro modesto, di reinfezione.

La rimozione delle lendini si effettua utilizzando una soluzione di acqua e aceto in parti uguali, in grado di sciogliere la sostanza colliosa che tiene l'uovo adeso al capello.

## 5. Trattamento

In commercio sono disponibili numerosi prodotti, ma non di tutti esistono prove di efficacia.

Il prodotto di prima scelta è attualmente la **permetrina 1%** (7), disponibile in forma di crema che va applicata dopo lo shampoo e risciacquata dopo dieci minuti. Si tratta di un piretroide sintetico che, al contrario delle piretrine naturali, (così chiamate perché estratte dal crisantemo) non causa reazioni allergiche in persone con ipersensibilità al crisantemo e possiede un'azione residua in grado di uccidere le ninfe che emergono dal 20-30% delle uova non uccise dal trattamento. E' comunque consigliata una seconda applicazione 7-10 giorni dopo la prima. E' stata segnalata resistenza alla permetrina nei paesi anglosassoni, tuttavia la prevalenza di tale fenomeno non è nota.

Un trattamento di seconda scelta, da utilizzare solo nei casi in cui è sospettata una resistenza alla permetrina o alle piretrine, è il **malathion 0.5%** (10); si tratta di un'insetticida organofosforico (inibitore della colinesterasi), disponibile sotto forma di lozione applicata sulla capigliatura asciutta per 10 minuti, seguita da un lavaggio con un normale shampoo. Il malathion è sia pediculocida che ovicida. E' segnalata grave depressione respiratoria in seguito alla sua ingestione accidentale.

In commercio, come accennato, sono disponibili le **piretrine** di origine vegetale. Sono neurotossiche nei confronti di *P. capitis*, mentre la loro tossicità nei confronti dei mammiferi è molto bassa. Come già detto, sono controindicate negli allergici al crisantemo, sebbene le moderne tecniche estrattive minimizzino la possibilità di contaminazione del prodotto, per cui molto raramente sono state riportate reazioni allergiche. Nessuna di queste piretrine è ovicida al 100%, infatti gli embrioni sono privi di cellule nervose per alcuni giorni, periodo in cui l'attività neurotossica non si può esplicare (7). E' stata segnalata resistenza del parassita nei confronti di tale prodotto.

Di recente è stato commercializzato un prodotto contenente **piretrine e piperonilbutossido**, sotto forma di mousse termosensibile; su tale prodotto esiste attualmente uno studio clinico di efficacia, in cui sono state messe a confronto la mousse vs. una crema a base di permetrina (15): i risultati indicherebbero una elevata efficacia del prodotto sia come pediculocida che come ovicida.

Il trattamento può fallire essenzialmente per due ragioni (16):

- uso improprio o incompleto del prodotto: mancata ripetizione del trattamento dopo 7-14 giorni, uso di una quantità insufficiente a determinare un contatto con l'intero cuoio capelluto e con in capelli in tutta la loro estensione;
- resistenza al prodotto: è stata descritta resistenza alla permetrina e alle pietrine, mentre per quanto riguarda il malathion il problema è stato segnalato sino ad ora soltanto in Gran Bretagna e in Francia.

Infine, il trattamento può fallire solo apparentemente, quando il paziente è stato trattato per una pediculosi inesistente, sicché l'errore diagnostico e il trattamento inappropriato si perpetuano in un circolo vizioso.

Sull'efficacia dei sunnominati principi attivi esistono due revisioni sistematiche; la prima individua nella permetrina il prodotto più efficace (17); i risultati della seconda, che è stata condotta con criteri più restrittivi, non depongono per una maggiore efficacia della permetrina rispetto al malathion e alle piretrine sinergizzate (18). La stessa revisione sottolinea inoltre che non vi sono evidenze di efficacia di altri principi attivi, compresi i prodotti a base di erbe, mentre i metodi fisici (il c.d. Bug Busting) sono risultati inefficaci. E' interessante notare come tre studi clinici inclusi in quest'ultima revisione siano stati condotti in Paesi in via di sviluppo, in cui normalmente gli antiparassitari non sono disponibili; pertanto i trattamenti potrebbero essere risultati più efficaci in quanto *P. capitis* non era sottoposto ad alcuna pressione selettiva.

## **B. LA GESTIONE DELLA PEDICULOSI IN SANITÀ PUBBLICA**

### **1. Introduzione**

Sebbene la pediculosi sia annoverata tra le patologie trasmissibili, la maggior parte dei problemi che ne derivano è determinata dall'allarme sociale ad essa correlato più che dall'azione del parassita in quanto tale. E' noto infatti che alle nostre latitudini la presenza del *P. humanus capitis* non funge da vettore di microorganismi patogeni e l'unico sintomo che può determinare è il prurito, dovuto ad una reazione locale alla saliva dell'insetto. La letteratura è concorde nell'affermare che gli effetti negativi per la salute umana derivano prevalentemente non dalla presenza dell'insetto, ma dal modo in cui tale infestazione viene percepita dal singolo individuo e dalla società (19). Le eccessive, e come tali non corrette, reazioni da parte del pubblico e degli operatori sanitari conducono inevitabilmente ad azioni inutili, inappropriate o non efficaci, oltre che a diffondere uno stato di ansia nella popolazione.

Per affrontare in modo razionale il problema, è indispensabile che tutti gli attori coinvolti (famiglia, scuola, pediatri e medici di famiglia, Servizi di Sanità Pubblica e farmacisti) svolgano correttamente il loro compito. Il contenimento del problema (giacché di soluzione non è possibile parlare, non essendo disponibili strumenti di sanità pubblica in grado di condurre all'eliminazione del parassita) può essere raggiunto solo attraverso la sinergia e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti.

*Poiché nell'ambito della nostra Regione non vi è omogeneità nell'organizzazione dei servizi rivolti all'età pediatrica, nelle realtà in cui è presente il Servizio di Pediatria di Comunità o di Medicina Scolastica il Referente per le malattie infettive (SIMI) del Dipartimento di Prevenzione definirà all'interno di ogni ASL gli ambiti di intervento, in accordo con i responsabili dei Servizi citati. Nel presente documento, per brevità, viene indicato il SISP quale titolare dei vari interventi, tuttavia nulla vieta una diversa suddivisione dei compiti nell'ambito di ciascuna Azienda Sanitaria Locale.*

### **2. La famiglia**

La responsabilità principale della prevenzione, identificazione e trattamento della pediculosi è dei genitori del bambino che frequenta una collettività. Non spetta ai genitori la diagnosi dell'infestazione, tuttavia tra le normali cure parentali si può includere anche il controllo periodico della testa del bambino per identificare eventuali lendini o parassiti.

### **3. Il pediatra o il medico di famiglia**

Il medico curante (pediatra o medico di famiglia) è responsabile dei problemi di salute, della diagnosi e della terapia di tutte le patologie che possono interessare i suoi assistiti. In passato,

limitatamente alla pediculosi, i servizi di Igiene o di Medicina scolastica si sono sostituiti al curante in tale attività, tuttavia attualmente tale artificiosa e inopportuna divisione dei compiti appare in tutta la sua irrazionalità, non essendo comprensibile il motivo per cui tutte le patologie trasmissibili (dalla varicella alle comuni malattie respiratorie ad etiologia virale o batterica) e le parassitosi siano di pertinenza del curante tranne la pediculosi. E' pertanto necessario che i medici curanti possiedano le conoscenze per gestire in modo efficace il problema in tutti i suoi aspetti, inclusa l'educazione sanitaria dei genitori; a tal fine si ritiene opportuno che il SISP intraprenda iniziative di informazione o di vera e propria formazione specificamente rivolte a tali figure professionali.

#### **4. Il farmacista**

Il farmacista molte volte è la prima figura professionale (se non l'unica) che viene consultata dai genitori riguardo alla pediculosi. Per poter esercitare tale ruolo chiave, il farmacista deve possedere le conoscenze necessarie a trasmettere informazioni corrette e deve far riferimento alle indicazioni regionali in materia. E' quindi opportuno che il SISP coinvolga anche tali categorie nelle iniziative di informazione e formazione sull'argomento.

#### **5. I Servizi di Sanità Pubblica**

Il SISP del Dipartimento di Prevenzione della ASL ha tra i suoi compiti la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse, nonché (in modo non esclusivo) l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione in tema di prevenzione. La diagnosi e la terapia delle patologie infettive e parassitosi (inclusa la pediculosi) non è, per i motivi precisati al punto 3, un suo compito istituzionale. Nella gestione della pediculosi, al SISP può essere quindi affidata:

- l'informazione e l'educazione sanitaria delle famiglie
- l'informazione e l'educazione sanitaria degli insegnanti e dei dirigenti scolastici
- l'informazione e l'educazione sanitaria degli insegnanti referenti per l'educazione alla salute
- l'informazione e la formazione dei pediatri e dei medici di famiglia
- l'informazione e la formazione dei farmacisti
- la gestione delle notifiche di pediculosi ai sensi del DM 15.12.90, "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse".

#### **6. La scuola**

Sebbene le famiglie abbiano la principale responsabilità nell'ambito della prevenzione, identificazione e trattamento della pediculosi, la scuola ha un ruolo fondamentale nel sostenere le famiglie in tale attività.

### **a. *Ruolo del dirigente scolastico***

Il Dirigente scolastico ha un ruolo chiave nel gestire la pediculosi nell'ambito della comunità scolastica. Il suo compito è quello di mantenere la comunicazione tra i genitori, gli insegnanti e il SISP e di sensibilizzare al problema i genitori e gli insegnanti. Tali azioni, per essere efficaci, devono essere intraprese indipendentemente dall'eventuale presenza di casi all'interno della scuola, preferibilmente nei periodi in cui non sono stati ancora segnalati casi (per es. all'inizio dell'anno scolastico e durante gli incontri con i genitori che precedono l'apertura della scuola). E' noto infatti che in periodo di epidemia reale o presunta la comunicazione è meno efficace in quanto inficiata dalla reazione emotiva dei soggetti coinvolti. Per poter intraprendere efficacemente tali attività, il dirigente scolastico deve aver acquisito le basilari conoscenze sulla pediculosi e sulla sua gestione nelle collettività, attraverso le iniziative di formazione organizzate dal SISP.

### **b. *Il ruolo degli insegnanti***

Il ruolo educativo degli insegnanti e quello svolto dagli incaricati per l'Educazione alla Salute rappresentano il mezzo più idoneo per una corretta diffusione delle informazioni sulla gestione della pediculosi e il migliore tramite tra il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e le famiglie.

Pur non essendo incluso tra i soggetti con titolarità alla Segnalazione di malattia infettiva, il Dirigente scolastico è comunque coinvolto nella sorveglianza della pediculosi e, più in generale, delle malattie infettive; l'art. 40 del DPR 22.12.67 n. 1518 prevede infatti che l'insegnante "qualora rilevi negli alunni segni sospetti di malattia infettiva deve avvertire, in assenza del medico scolastico, il Direttore della scuola o il Capo d'istituto".

### **c. *Il ruolo dei rappresentanti dei genitori***

Analogamente a quanto avviene per altri aspetti dell'attività scolastica, i rappresentanti dei genitori costituiscono un importante tramite tra l'istituzione e le famiglie. Poiché è impossibile che il SISP possa esplicare un'efficace informazione incontrando tutti i genitori, la soluzione più razionale è quella di rivolgersi ai loro rappresentanti, che provvedono a diffondere le informazioni presso le famiglie.

## **C. PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DELLA PEDICULOSI NELLE COMUNITÀ SCOLASTICHE DELLA REGIONE PIEMONTE**

Sulla base di quanto sviluppato nelle sezioni (A) e (B) del presente documento, vengono fornite qui di seguito alcune indicazioni operative per il controllo della pediculosi nelle comunità scolastiche. Poiché l'incidenza della parassitosi è più elevata, come risulta dagli studi epidemiologici, nelle classi di età corrispondenti alle scuole elementari e materne, le azioni previste dal presente protocollo si intendono dirette prioritariamente a tali comunità scolastiche.

Ai fini della riammissione scolastica, la Direttiva della Regione Piemonte del 1/6/2000 (Raccomandazioni per l'applicazione in Piemonte delle misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica e per l'adozione di provvedimenti nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti) stabilisce che il bambino può essere riammesso a scuola "... il giorno dopo il primo trattamento, poiché il rischio di trasmissione è ridotto dalla terapia. L'avvenuto trattamento può essere certificato dal medico curante o dichiarato per iscritto da uno dei genitori/tutori".

Come specificato anche successivamente, in presenza di criticità non altrimenti controllabili, la Direzione Scolastica e il SISP hanno comunque la facoltà di richiedere la certificazione del medico curante per la riammissione scolastica dei bambini con infestazione.

### **1. Scuola**

Nell'ambito delle attività di controllo della pediculosi in ambito scolastico si distinguono azioni routinarie (effettuate indipendentemente dalla segnalazione di casi) e azioni straordinarie (in risposta alla segnalazione di casi o di focolai epidemici).

#### **a. Azioni routinarie**

All'inizio dell'anno scolastico gli insegnanti distribuiscono alle famiglie degli alunni delle scuole elementari e materne una scheda predisposta dal SISP contenente tutte le informazioni sulla pediculosi, sulle modalità di controllo della testa atte ad evidenziare la presenza del parassita e sulle modalità di riammissione scolastica.

L'insegnante che nota segni evidenti di infestazione sul **singolo bambino** (presenza ictu oculi, ossia senza che sia necessaria un'ispezione), di numerose lendini e/o del parassita sulla testa del bambino, segnala la sospetta pediculosi al dirigente scolastico (art. 40 del DPR 22.12.67 n. 1518 ), il quale invia ai genitori del bambino

- una lettera in cui è richiesto un certificato medico o una autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Allegato A)
- modello per l'autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Allegato D)
- copia della Scheda informativa predisposta dal SISP e distribuita all'inizio dell'anno scolastico

## **b. Azioni straordinarie**

Fanno seguito alla segnalazione di due o più casi in una classe (focolaio epidemico) e si differenziano in tre livelli di intervento.

**1° livello** – Alla segnalazione di **due o più casi nell'ambito di una classe**, proveniente dal genitore, dall'insegnante o dal SISP (qualora quest'ultimo riceva la segnalazione dal medico curante) il dirigente scolastico spedisce

⇒ ai genitori dei bambini con infestazione

- una lettera in cui è richiesto un certificato medico o una autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione di riammissione (Allegato A)
- modello per l'autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Allegato D)
- copia della Scheda informativa predisposta dal SISP e distribuita all'inizio dell'anno scolastico

⇒ ai genitori dei bambini senza pediculosi che frequentano la stessa classe

- una lettera standard contenente alcune informazioni di base (Allegato B);
- la scheda informativa SISP già diffusa all'inizio dell'anno scolastico.

**2° livello** - Qualora, **nei 30 giorni successivi all'adozione dei provvedimenti di 1° livello**, siano segnalate **nella stessa classe due o più reinfestazioni**, la Direzione Scolastica informa il SISP che predispone una nota informativa per i genitori sulla situazione epidemica in corso e che ribadisce le misure che ogni famiglia deve adottare.

Quale azione aggiuntiva, in accordo con il SISP, il dirigente scolastico può decidere di adottare lo strumento denominato "Diario del pidocchio" (Allegato C): si tratta di una scheda sulla quale i genitori annotano l'avvenuto controllo settimanale effettuato in base alle modalità esplicitate nella scheda informativa del SISP, nonché i prodotti usati per il trattamento e le date della loro applicazione. Se il bambino risulta positivo al controllo e viene regolarmente trattato, la dichiarazione dell'avvenuto trattamento sul Diario del pidocchio funge da autocertificazione dell'avvenuto trattamento in base alla Direttiva della Regione Piemonte del 1.6.2000, e pertanto sufficiente ai fini della riammissione a scuola.

L'adozione del Diario del pidocchio è preceduta dall'attività educativa e informativa del SISP, diretta in via prioritaria ai rappresentanti dei genitori (che provvedono a trasmettere le informazioni alle famiglie) e agli insegnanti. L'insegnante controlla settimanalmente il Diario del pidocchio e segnala al dirigente scolastico gli alunni i cui genitori abbiano omesso la sua compilazione; in tali casi il dirigente provvederà a convocare i genitori per un colloquio informativo, finalizzato alla loro responsabilizzazione.

**3° livello** - Si configura un terzo livello qualora, nonostante siano state poste in essere le azioni previste dai primi due livelli d'intervento, vi sia la segnalazione (in una stessa classe) di **focolai epidemici che ricorrono ininterrottamente nei 2 mesi successivi all'applicazione dei provvedimenti** previsti nel 2° livello.

In questa evenienza il Dirigente Scolastico informa il SISP, che procede all'identificazione delle possibili criticità (errori nelle modalità del trattamento, utilizzo di prodotti inefficaci, mancato controllo da parte dei genitori o altro). A tal fine, si evidenzia che l'eventuale precedente adozione delle schede del Diario del Pidocchio, compilate dai genitori della classe interessata, rende disponibili dati utili per la migliore valutazione delle criticità.

Nel caso si evidenzino comportamenti non collaborativi od ostruzionistici da parte dei genitori, che possono concretizzarsi nella mancata compilazione del diario o nell'utilizzo di prodotti inefficaci o nella negazione del problema anche in presenza di segni evidenti di infestazione, il dirigente scolastico, in accordo con il SISP, ha facoltà di richiedere un certificato del medico curante per la riammissione in collettività.

Nel caso in cui il mancato controllo del bambino da parte dei genitori possa legittimamente configurare una carenza della funzione genitoriale, il dirigente scolastico effettua una segnalazione al Servizio Socio-Assistenziale, per i provvedimenti del caso.

## **2. Aziende Sanitarie Locali**

Il ruolo del SISP è di informazione ed educazione sanitaria nei confronti delle famiglie, dei dirigenti scolastici e degli insegnanti. Il referente SIMI gestisce, in accordo con il referente ASL per l'educazione sanitaria, tali iniziative di informazione utilizzando le modalità che ritiene più idonee in rapporto alla situazione locale e alle risorse disponibili. Il SISP inoltre intraprende iniziative di informazione e, ove possibile, di formazione dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta e farmacisti. Ogni ASL provvede autonomamente alla redazione del materiale informativo, modellandone i contenuti in base alla situazione locale.

Il controllo sistematico dei bambini da parte del SISP in assenza di casi è una procedura di comprovata inutilità, e pertanto non è raccomandata. Inoltre, non vi sono evidenze a sostegno del controllo sistematico dei bambini da parte del SISP in corso di epidemia, per cui anche tale procedura non è raccomandata.

Nel controllo delle epidemie appare cruciale l'attività educativa perché i fallimenti terapeutici (e quindi il perpetuarsi delle epidemie) sono generalmente correlati all'uso improprio dei prodotti o all'uso di prodotti inefficaci.

La programmazione dell'attività dei SISP ai fini della prevenzione e del controllo della pediculosi deve in ogni caso essere bilanciata sulla base delle risorse disponibili, tenendo conto delle priorità

esistenti nell'ambito della prevenzione (mantenimento delle coperture vaccinali in età pediatrica, eliminazione del morbillo e della rosolia congenita).

Il SISP provvede a notificare il focolaio epidemico secondo le modalità previste dal DM 15.12.90.

### **3. Medici di famiglia e pediatri di libera scelta**

Il medico di famiglia o il pediatra interviene in due occasioni:

- quando il genitore, in base al controllo settimanale, sospetta la presenza del parassita e si reca dal curante per la conferma della diagnosi e per la prescrizione del trattamento;
- quando il dirigente scolastico richiede un certificato medico ai fini della riammissione scolastica (Circolare ministeriale n° 4 del 13 marzo 1998; Direttiva Regione Piemonte 1.6.2000).

In entrambi i casi il curante accerta la presenza dell'infestazione e prescrive il trattamento. Inoltre il curante attua le misure di prevenzione in ambito familiare [vedi punto (A) 4.a] e segnala il caso al SISP. Nella segnalazione dovrà essere specificata la scuola e la classe frequentata dal bambino.

#### 4. Schematizzazione delle azioni e della documentazione da consegnare

La seguente scheda illustra quanto esposto nella presente sezione

##### AZIONI ROUTINARIE

###### INSEGNANTE

- Inizio anno scolastico → **Scheda informativa** (su pediculosi, controllo, riammissione)
- Singola infestazione → **Scheda informativa** + **Allegato A**

###### SISP

- Informazione ed educazione sanitaria

##### AZIONI STRAORDINARIE

###### 1° LIVELLO (DUE O PIÙ CASI).

###### INSEGNANTE

- Ai genitori dei bambini infestati → **Scheda informativa** + **Allegato A**
- Ai genitori dei bambini non infestati → **Scheda informativa** + **Allegato B**

###### 2° LIVELLO (30 GIORNI SENZA RISULTATO)

###### SISP

- Ai genitori → nota informativa su situazione epidemia
- Informazione ed educazione sanitaria

###### INSEGNANTE

- Ai genitori → come al 1° livello, oppure *Diario del Pidocchio* (vedi riquadro)

*Diario del Pidocchio, facoltativo (Allegato C)*

SISP ⇒ attività educativa e informazione insegnanti e rappresentanti dei genitori

INSEGNANTE ⇒ consegna e controllo del *Diario del Pidocchio* (segnalazione omissioni al Dirigente)

DIRIGENTE SCOLASTICO ⇒ convocazione e colloquio con genitori non aderenti.

###### 3° LIVELLO (60 GIORNI DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA SENZA RISULTATO)

SISP e INSEGNANTE → analisi criticità ed errori

DIRIGENTE SCOLASTICO → valuta se richiedere il certificato medico per la riammissione

DIRIGENTE SCOLASTICO → valuta se segnalare il caso al Servizio Socio-Assistenziale ASL

## NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- DPR 22.12.67 n. 1518
- DM 15.12.90 *Sistema Informativo Malattie Infettive e Diffusive*
- Circolare Min. Sanità n. 4, 13.3.98 *Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica*
- Direttiva Regione Piemonte 1.6.2000 *Raccomandazioni per l'applicazione in Piemonte delle misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica e per l'adozione di provvedimenti nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti*

## BIBLIOGRAFIA

1. Meinking TA. Infestations. Curr Probl Dermatol. 1999 ; 11 :73-120
2. CDC. Parasites and health : head lice (pediculus humanus capitis). November 4, 1999 ([www.dpd.cdc.gov](http://www.dpd.cdc.gov) )
3. Pediculosi. In: Bollettino Epidemiologico Nazionale. Notiziario ISS Vol.14 n.5, Maggio 2001
4. Burkhart CN. Fomite transmission with head lice: a continuing controversy. Lancet Vol 361 Jan 11, 2003
5. Chunge RN et al. A pilot study to investigate transmission of head lice. Can J Public Health. 1991; 82:207-208
6. Weir E. School's back, and so is the lowly louse. JAMC 18 Sep 2001; 165 (6)
7. Frankowski BL et al. Head lice. Pediatrics Vol 110 No. 3 Sep 2002 (638-643)
8. Pollack RJ et al. Overdiagnosis and consequent mismanagement of head louse infestations in North America. Pediatric Infectious Disease J. 2000;19(8):689-693
9. Keoki Williams L et al. Lice, nits and school policy. Pediatrics Vol 107 No.5 May 2001 (1011-1015)
10. Hansen R. Guidelines for the treatment of resistant pediculosis. Contemporary Pediatrics. 2000, vol 17 n. 8 (Suppl)
11. Mathias RG, Wallace JF. Control of head lice : using parent volunteers. Can J Public Health. 1989;89:461-463
12. Donnelly E et al. Pediculosis prevention and control strategies of community health and school nurses: a descriptive study. J Community Health Nurs. 1991;8:85-95
13. Clore ER. Dispelling the common myths about pediculosis. J Pediatr Health Care. 1989;3:28-33
14. American Academy of Pediatrics. New head lice statement: AAP discourages "no nit" policies for school return. September 3, 2002 ([www.aap.org/advocacy/archives/septlice.htm](http://www.aap.org/advocacy/archives/septlice.htm))
15. Burgess IF et al. Synergized pyrethrin mousse, a new approach to head lice eradication: efficacy in field and laboratory studies. Clin Ther. 1994 Jan-Feb;16(1):57-64.
16. Burgess IF. How to advise a patient when over the counter products have failed. BMJ 2003;326:1257 (7 June)
17. Van der Stichele RH et al. Systematic review of clinical efficacy of topical treatments for head lice. BMJ 1995;311:604-608
18. Dodds CS. Interventions for treating head lice (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2001;3:CD001165
19. The Stafford Group. A report for Consultants in Communicable Disease Control. PHMEG, 1998 ([www.phmeg.org.uk/Documents/Headlice/phmeg.htm](http://www.phmeg.org.uk/Documents/Headlice/phmeg.htm) )