



Numero di Protocollo: 4285

A39aN.4285 15122016 - ics_61 - 90035560615

Istituto Comprensivo Statale De Amicis di Succivo

Via Virgilio, 52 - 81030 Succivo (CE)



Agli Insegnanti dell'Istituto Comprensivo Statale "Edmondo De Amicis" di Succivo
Al personale ATA dell'Istituto Comprensivo Statale "Edmondo De Amicis" di Succivo
Ai genitori dell'Istituto Comprensivo Statale "Edmondo De Amicis" di Succivo
Sito web – e-mail

SCHEDA INFORMATIVA

Prevenzione e gestione della pediculosi nelle scuole

DISPOSIZIONI

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 sulla 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 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-giallastro. La femmina vive fino a 4 settimane e depone circa 10 uova al giorno. L'insetto si nutre prelevando piccole quantità di sangue all'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.

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 12 anni. L'infestazione non 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.

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. 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. 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.

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. La diagnosi di certezza consegue al reperimento del parassita vivo, ma ciò può essere difficile perché il pediculus humanus capitis si muove ad una velocità di 6-30 cm. al minuto. La sola presenza di lendini non significa che il soggetto necessariamente svilupperà la parassitosi.

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.

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:

- 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 materiale in sacchi di plastica per 10 giorni.

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



Gli studi epidemiologici disponibili 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. 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.

c. Criteri di riammissione scolastica.

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

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

5. TERAPIA

In commercio sono disponibili numerosi prodotti, ma non di tutti esistono prove di efficacia. Il prodotto di prima scelta è attualmente la permetrina 1%, disponibile in forma di crema che va applicata dopo lo shampoo e risciacquata dopo 10 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%; si tratta di un insetticida organofosforico (inibitore della colinesterasi), disponibile sotto forma di lozione applicata alla capigliatura asciutta per 10 minuti, seguita al 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 del *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 minimizzano 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. 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: i risultati indicherebbero una elevata efficacia del prodotto sia come pediculocida che come ovicida.

Il trattamento può fallire essenzialmente per due ragioni:



- 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 i capelli in tutta la loro estensione;
- resistenza al prodotto: è stata descritta resistenza alla permetrina e alle piretrine, 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; i risultati della seconda, che è stata condotta con criteri più restrittivi, non depongono per una efficacia della permetrina rispetto al malathion e alle piretrine sinergizzate. 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 il P. capitis non era sottoposto ad alcuna pressione selettiva.

B. LA GESTIONE DELLA PEDICULOSI IN SANITA' 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. capitis non funge da vettore di microrganismi patogeni e l'unico sintomo che può determinare è il prurito, dovuto ad una reazione locale alla saliva dell'insetto.

La lettura 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. 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.

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 o 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 le pediculosi. E' pertanto necessario che i medici curanti posseggano 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 intraprendere 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 l'ASL coinvolga anche tali categorie nelle iniziative di informazione e formazione sull'argomento.

5. I SERVIZI DI SANITA' PUBBLICA

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL ha tra i suoi compiti la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive, nonché (in modo non esclusivo) l'informazione dell'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, all'ASL può essere quindi affidata:

- l'informazione e l'educazione sanitaria delle famiglie (in collaborazione con il medico delle comunità)
- l'informazione e l'educazione sanitaria degli insegnanti e dei dirigenti scolastici (in collaborazione con il medico di comunità)
- 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 D.M. 15/12/90 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive".

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.

La scuola ha il compito di mantenere la comunicazione tra i genitori, gli insegnanti e l'ASL e di sensibilizzare al problema i genitori e gli 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 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 D.P.R. 22.1/12/67 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".

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 l'ASL possa esplicitare



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 COMUNITA' SCOLASTICHE

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 circolare del Ministero della Sanità n°4 del 13/03/1998 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 genitori/tutori").

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

1. SCUOLA

Nel settore 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

Gli insegnanti forniscono alle famiglie degli alunni delle scuole elementari e materne 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 per iscritto la sospetta pediculosi al Dirigente Scolastico (art.40 del D.P.R. 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 B)
- modello per l'autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Allegato C)
- copia della Scheda informativa (Allegato D/E).

b. Azioni straordinarie

Fanno seguito alla segnalazione di due o più casi nell'ambito 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 dall'ASL di competenza (qualora quest'ultimo riceva la segnalazione del medico curante) il Dirigente Scolastico spedisce:

- ai genitori dei bambini con infestazione:



- Il bambino può tornare a scuola dopo l'avvio di idoneo trattamento disinfestante. **Anche se la legge non prevede di produrre il certificato medico di riammissione scolastica, è opportuno far eseguire all'allievo una visita medica prima del rientro nella classe di appartenenza, al fine di tutelare l'intera comunità scolastica. Pertanto, nel caso di sospetta pediculosi, si prega la famiglia interessata di compilare l'allegato** in cui è richiesto un certificato medico o una autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Allegato C)
- modello per l'autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Allegato C)
- copia della Scheda informativa (allegati D/E) predisposta per i genitori dei bambini senza pediculosi che frequentano la stessa classe in sospetto di uno o più casi di pediculosi
- una lettera standard contenente alcune informazioni di base (Allegato A)
- la Scheda informativa (Allegato D/E).

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 l'ASL che predispone una nota informativa per i genitori sulla situazione epidemica incorso e che ribadisce le misure che ogni famiglia deve adottare.

3° Livello – Si configura un terzo livello qualora, nonostante siano state poste in essere le azioni previste dai due primi 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 l'ASL, che procede all'identificazione delle possibili criticità (errori nelle modalità del trattamento, utilizzo di prodotti inefficaci, mancato controllo da parte di genitori o altro). 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 disegni evidenti di infestazione, il Dirigente Scolastico in accordo con l'ASL, 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 delle funzione genitoriale, il Dirigente Scolastico effettua una segnalazione al Servizio Socio – Assistenziale, per i provvedimenti del caso.

Vengono riportate di seguito, schematicamente, le **LINEE GUIDA per la PREVENZIONE e per la GESTIONE della PEDICULOSI**, corredate dai relativi allegati.



Agli Insegnanti dell'ICS "Edmondo De Amicis" di Succivo

Al personale ATA

Ai genitori degli allievi

Oggetto: LINEE GUIDA per la PREVENZIONE e per la GESTIONE della PEDICULOSI

Nella misura in cui tutti siamo chiamati ad un intenso coinvolgimento per ridurre la diffusione del parassita del cuoio capelluto, tenuto conto che il successo di tale lotta dipende anche dalla capacità di sincronizzare le azioni di tutti quanti i soggetti coinvolti,

si ricordano le seguenti LINEE GUIDA

1. Evitare allarmismo: il pidocchio, certamente fastidioso, non è vettore di malattie e non è legato allo stato igienico e sociale.
2. L'ASL non effettuerà il controllo delle teste di tutti i bambini frequentanti una stessa classe; l'ASL, il Servizio di Pediatria di Comunità, i rappresentanti dei genitori e gli insegnanti cureranno l'informazione e la formazione delle famiglie e della scuola.
3. La FAMIGLIA ha la responsabilità della PREVENZIONE (controllo) e del TRATTAMENTO.
4. Il PEDIATRA è responsabile della DIAGNOSI e della TERAPIA.
5. La SCUOLA, tramite Insegnanti e Dirigente Scolastico, sensibilizza famiglie e genitori (attraverso la pubblicazione sul sito e la distribuzione del materiale informativo Allegati D/E).

A fronte di UNA SOLA SOSPETTA PEDICULOSI in classe:

- a) L'INSEGNANTE segnala il problema in Dirigenza - LA FAMIGLIA INTERESSATA segnala il problema all'insegnante
- b) Il DS invia ai genitori del bambino, tramite l'insegnante, una lettera informativa (Allegato B e informativa D/E).
- c) Riammissione a scuola fin dal primo giorno dopo il trattamento, previa autocertificazione della famiglia (Allegato C).

IMPORTANTE: I genitori provvederanno alla consegna degli allegati C (autocertificazione) presso la segreteria di via Virgilio 54, 81030 Succivo (CE) o tramite e-mail all'indirizzo ceic8aa00d@istruzione.it – nel contempo informeranno le insegnanti dell'avvenuta consegna tramite diario.



A fronte di 2 o più casi di SOSPETTA PEDICULOSI nella stessa classe

1) PRIMO LIVELLO

- a) Il DS dispone l'allontanamento precauzionale dei bimbi in sospetto consigliando alle famiglie visita medica ed eventuale trattamento (**Allegato B, C e informativa D/E** da consegnare tramite gli insegnanti).
- b) Il DS, tramite gli insegnanti, informa tutti i genitori della classe sulla criticità, sollecitando controlli assidui almeno settimanali per i propri figli (**Allegato A e informativa D/E**).

IMPORTANTE: I genitori provvederanno alla consegna degli allegati C (autocertificazione) presso la segreteria di via Virgilio 54, 81030 Succivo (CE) o tramite e-mail all'indirizzo ceic8aa00d@istruzione.it – nel contempo informeranno le insegnanti dell'avvenuta consegna tramite diario.

2) SECONDO LIVELLO (2 o più casi di reinfestazione nella stessa classe, nei 30 giorni successivi all'adozione dei provvedimenti del 1° livello)

- a) Il DS dispone l'allontanamento precauzionale dei bimbi in sospetto subordinando la riammissione in classe alla consegna dell'autocertificazione (**Allegato B, C e informativa D/E** da consegnare tramite gli insegnanti).
- b) Il DS, tramite gli insegnanti, informa tutti i genitori della classe sulla criticità, sollecitando controlli assidui almeno settimanali per i propri figli (**Allegato A e informativa D/E**).
- c) Il DS informa il Responsabile Pediatria di Comunità dell'ASL di Caserta della situazione epidemica con nota scritta.

IMPORTANTE: I genitori provvederanno alla consegna degli allegati C (autocertificazione) presso la segreteria di via Virgilio 54, 81030 Succivo (CE) o tramite e-mail all'indirizzo ceic8aa00d@istruzione.it – nel contempo informeranno le insegnanti dell'avvenuta consegna tramite diario.

3) TERZO LIVELLO (persistenza di focolai epidemici nei 2 mesi successivi all'adozione dei provvedimenti del 2° livello)

- a) Si ripetono i passi del 2° livello.
- b) Il Responsabile Pediatria di Comunità dell'ASL di Caserta, nel valutare le possibili criticità, informa ulteriormente le famiglie circa le misure di profilassi e si riserva di convocare i genitori dei bimbi coinvolti, effettuando eventuale segnalazione ai Servizi Sociali

Il Dirigente Scolastico
Prof. Mario Nocera

Pediculosi Allegato A: Lettera destinata ai genitori dei bambini senza infestazione da pidocchio del capello, ma che frequentano altri bambini con pediculosi.

Pediculosi Allegato B: Segnalazione, allontanamento precauzionale e riammissione in classe solo con autocertificazione per iscritto di uno dei genitori/tutori (allegato C) e/o certificato medico attestante l'assenza di pediculosi in atto dopo avvenuto trattamento idoneo.

Pediculosi Allegato C: Autocertificazione per la riammissione scolastica

Pediculosi Allegato D/E: Informativa pediculosi: la prevenzione del contagio.



Pediculosi Allegato A

Lettera destinata ai genitori dei bambini senza infestazione da pidocchio del capello, ma che frequentano altri bambini con pediculosi.

Succivo, ___/___/_____

Ai genitori di

sezione/classe

plesso

A seguito della segnalazione di casi di pediculosi del capello (pidocchi) presso la sezione/classe frequentata da Vs. figlio/a, Vi preghiamo di garantire un controllo accurato e periodico dei capelli, al fine di rintracciare in tempo l'eventuale presenza di parassiti o delle loro uova (lendini).

I prodotti che si trovano in farmacia non hanno un'azione preventiva, pertanto devono essere utilizzati solo nel caso di infestazione in atto. In caso di dubbi, consultare il proprio medico curante o il Servizio di Igiene e Sanità pubblica del Vs. Distretto sanitario.

Ricordo che per evitare infestazione da pidocchi del capello (pediculosi), è necessario adottare alcuni semplici ma efficaci accorgimenti:

- non scambiare o prestare oggetti personali (pettini, sciarpe, cappelli, berretti, nastri per capelli, spazzole);
- non ammucchiare i capi di vestiario;
- controllare i capelli almeno una volta la settimana; nel caso di dubbio consultare il medico curante;
- nel caso di infestazione di un componente della famiglia controllare con attenzione la testa di tutti i familiari: se viene trovata una lendine o un pidocchio, applicare con cura il trattamento (seguendo le indicazioni riportate nella scheda informativa allegata,).

Confido nella Vs. collaborazione al fine di evitare l'ulteriore diffusione dell'infestazione.

Distinti saluti,

Il Dirigente Scolastico
Prof. Mario Nocera



Pediculosi Allegato B

Segnalazione, allontanamento precauzionale e riammissione in classe solo con certificato medico e/o autocertificazione per iscritto di uno dei genitori/tutori (Allegato C) attestante l'assenza di pediculosi in atto dopo avvenuto trattamento idoneo.

Succivo, ___/___/_____

Ai genitori di

sezione/classe

plesso

Si informa che, su segnalazione dell'insegnante, sua/o figlio/a potrebbe essere affetta/o da pediculosi del cuoio capelluto.

Si dispone pertanto in via precauzionale il suo allontanamento dalla comunità scolastica, si richiede di sottoporlo a visita medica presso il medico curante, per la conferma e la eventuale prescrizione del trattamento.

Nel caso in cui vostro figlio/a risultasse affetto da pediculosi, è necessario che anche gli altri componenti della famiglia siano controllati con attenzione e, nel caso ritrovamento di lendini o pidocchi sulla loro testa, siano sottoposti allo stesso trattamento.

Il bambino potrà essere riammesso a scuola solo con autocertificazione per iscritto di uno dei genitori/tutori (allegato C) attestante l'assenza di pediculosi in atto dopo avvenuto trattamento idoneo.

Ad ogni buon fine si allega la scheda informativa predisposta dall'ASL, contenente utili informazioni sulla pediculosi.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Mario Nocera

In allegato

- *brochure informativa*
- *allegato C*



Numero di Protocollo: 4285

A39aN.4285 15122016 - ics_61 - 90035560615

Istituto Comprensivo Statale De Amicis di Succivo

Via Virgilio, 52 - 81030 Succivo (CE)

Pediculosi Allegato C Autocertificazione per la riammissione scolastica

Succivo, ___/___/_____

Al Dirigente Scolastico dell'

Istituto Comprensivo Statale "Edmondo De Amicis"

di Succivo

Io sottoscritt..... padre/ madre/ tutore (sottolineare la voce corrispondente)

Nome

Cognome

Data di nascita

dell'alunn..... frequentante il plesso (barrare con una X la casella corrispondente)

☐ *La piccola vedetta lombarda*

☐ *Il piccolo scrivano fiorentino*

☐ *Il piccolo patriota padovano*

☐ *Il tamburino sardo*

☐ *Dagli Appennini alle Ande*

Classe Sezione

Nome

Cognome

Data di nascita

Consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiaro che in data

l'alunna/o è stato sottoposto al seguente trattamento contro la pediculosi:
.....

Inoltre dichiaro che allo stato attuale l'alunna/o non presenta infestazione da pediculosi in atto.

Si allega certificato medico (barrare con una X la casella corrispondente)

SI

NO

Data

Firma per autocertificazione

.....

IMPORTANTE: I genitori provvederanno alla consegna degli allegati C (autocertificazione) presso la segreteria di via Virgilio 54, 81030 Succivo (CE) o tramite e-mail all'indirizzo ceic8aa00d@istruzione.it – nel contempo informeranno le insegnanti dell'avvenuta consegna tramite diario.