

# PICCOLI E GRANDI DILEMMI

XVII Convegno Nazionale  
Dermatologia per il Pediatra



**Pidocchi, Scabbia,  
Impetigine e Micosi.  
Quando potrà  
tornare a scuola?**

**Riccione**

**19 - 20 maggio 2017**

**Mirco Pierleoni**

# PEDICULOSI

*Sempre più  
opportunità terapeutiche*



# PEDICULOSI

*pediculocidi di prima scelta*

*(PIRETROIDI E PIRETRINE NATURALI: efficacia 95%)*

- piretrine naturali 0,165% + piperonilbutossido 1,65%
- permetrina 0,92% 1%
- fenotrina 0,23% - 0,4%
- tetrametrina 0,27% e fenotrina 0,37%
- bioalletrina 0,7% e piperonil-butossido 0.5%

# Pediculosi

pediculocida di seconda scelta

**Malathion 0,5%**

**NON** nota la sicurezza nei bambini di età inferiore a sei mesi.

*Il cuoio capelluto in età neonatale  
presenta una maggiore permeabilità e un maggior  
rischio di assorbimento transcutaneo*

# **Pediculocidi per uso sistemico**

Ivermectina (1° e 8° giorno)

Trimethoprim-sulfametossazolo

# Fallimento terapeutico



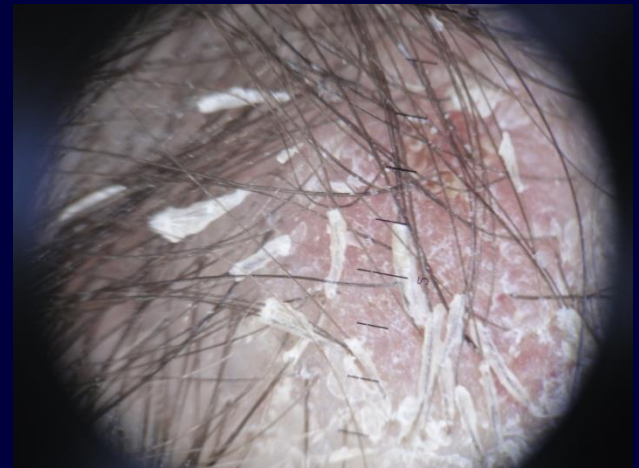
✓ trattamento non corretto ?

**OPPURE**

✓ acquisite resistenze del parassita ?

# esame dermatoscopico

Permette di distinguere meglio le lendini dalle pseudolendini, forfora, residui corpuscolati dei cosmetici per capelli e le alterazioni della tricoressi nodosa



# **Shampoo contenenti antiparassitari**



**NON sono efficaci nella cura, per il breve  
(troppo breve) tempo di contatto**

**Favoriscono la comparsa di resistenze**

**Non servono per una prevenzione**



Circolare del Ministero della Sanità n° 4, del 13 marzo 1998

# MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITA' PUBBLICA

## PEDICULOSI DEL CAPO: PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE

**“*restrizione della frequenza di collettività fino  
all'avvio di idoneo trattamento disinfestante,  
certificato dal medico curante*”**

IL MINISTRO  
F.to BINDI

**Modello di autocertificazione per riammissione scolastica a seguito di pediculosi**

(in base allo snellimento amministrativo previsto dal D.P.R. n. 445/2000)

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo "S. de Magistris"

**CALDAROLA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la scuola

infanzia    primaria    secondaria 1° grado - plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

**DICHIARA CHE**

in data \_\_\_\_\_ l'alunno/a è stato/a sottoposto/a al seguente trattamento contro la  
pediculosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e che pertanto non presenta problemi di contagio per gli altri alunni frequentanti.

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Il presente modello compilato e firmato è da consegnare all'insegnante di classe per la riammissione a Scuola dopo l'avvenuto trattamento.

I dati richiesti avranno carattere di riservatezza prevista dal D.L.vo 30.06.2003 n. 196 e succ.

avvenuto trattamento ai fini della riammissione di riammissione (Allegato A)

- modello per l'autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Allegato B)

- 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 C);
- la scheda informativa SISP già diffusa all'inizio dell'anno scolastico.

Qualora, **successivamente all'adozione dei provvedimenti**, siano segnalate **nella stessa classe due o più reinfestazioni**, la Direzione Scolastica informa il SISP che predispone un intervento informativo per i genitori sulla situazione epidemica in corso e che ribadisce le misure che ogni famiglia deve adottare (prodotto da utilizzare per il trattamento e modalità applicative)

Nel caso si evidenzino comportamenti non collaborativi od ostruzionistici da parte dei genitori, che possono concretizzarsi nel mancato trattamento 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.

**1° livello:** alla segnalazione di **due o più casi nell'ambito della stessa classe**, il Dirigente scolastico invia:

- ↳ ai genitori dei bambini con infestazione
  - una lettera informativa scuola (Allegato A)
  - la nota informativa della ASL già diffusa all'inizio dell'anno (Allegato D)
  - un modello per l'autocertificazione di avvenuto trattamento ai fini della riammissione (Direttiva Regione Piemonte 1-6-2000) (Allegato C)
  
- ↳ ai genitori dei bambini senza pediculosi che frequentano la stessa classe
  - una lettera informativa della scuola contenente alcune informazioni di base (Allegato B)
  - la nota informativa della ASL già diffusa all'inizio dell'anno (Allegato D)

Il dirigente scolastico fa segnalazione **del Distretto competente per territorio**

**2° livello:** qualora nella stessa classe nei 30 giorni successivi all'adozione dei provvedimenti di primo livello, siano segnalate due o più reinfestazioni, il Servizio di Medicina Scolastica, tramite una nota informa i genitori e il Dirigente Scolastico riguardo la situazione epidemica in corso e ribadisce le misure preventive; tale nota indicherà inoltre che

- per la riammissione scolastica dovrà essere presentato certificato medico e non più autocertificazione.

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

- il Servizio di Medicina Scolastica distribuirà una scheda a tutti i genitori della classe interessata per rilevare la periodicità dei controlli, i trattamenti effettuati e quali prodotti sono stati usati, al fine di individuare errori nelle modalità di trattamento e nell'utilizzo dei prodotti.

**Per la riammissione scolastica dovrà essere presentato certificato medico e non più autocertificazione.**

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

**Circolare n° 21, del 24 novembre 1999**

# **LINEE DI INDIRIZZO PER L'APPLICAZIONE IN EMILIA –ROMAGNA**

**della circolare del Ministero della Sanità n°4, del 13 marzo 1998**

## **“MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITA' PUBBLICA”**

**PEDICULOSI DEL CAPO: PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE**

**“ALLONTANAMENTO DALLA COLLETTIVITA' FINO AL TERMINE DEL  
TRATTAMENTO SPECIFICO E RIAMMISSIONE COL CERTIFICATO  
MEDICO”**

**L'Assessore Giovanni Bissoni**

Bologna, 3 ottobre 2014

A tutte le famiglie degli alunni che frequentano  
l'Istituto

A tutto il personale docente e non docente

Oggetto: segnalazione casi di pediculosi

Poiché, come ogni anno, si ripetono segnalazioni di casi di pediculosi corre la necessità di informare le famiglie di tale situazione, invitandole a controllare regolarmente i propri figli.

Si informa che, qualora sospettino casi di pediculosi, gli insegnanti chiameranno i genitori perché vengano a ritirare da scuola i bambini e i ragazzi.

La riammissione degli stessi a scuola potrà avvenire esclusivamente dietro presentazione di certificato di riammissione del pediatra di base, che deve attestare l'avvenuta effettuazione del trattamento contro i pidocchi.

In assenza di certificato del medico i minori non verranno accolti in classe.

Non è prevista alcuna azione da parte dell'ASL-Pediatria di Comunità (che è comunque stata informata) che interverrà solo se ne ravviserà la necessità in base all'incidenza del fenomeno desumibile dalle segnalazioni dei medici di base.

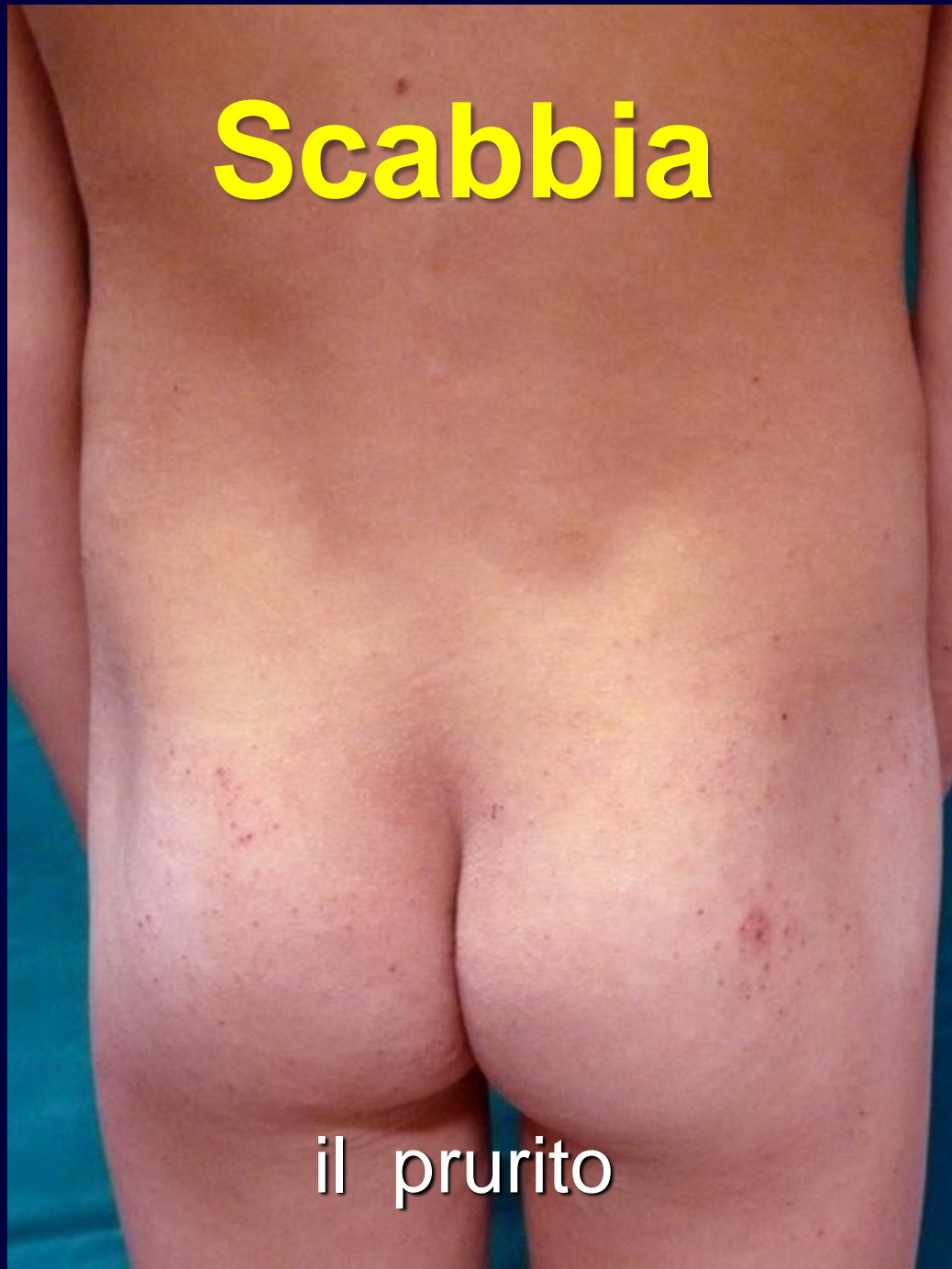
Si invitano le famiglie alla massima collaborazione nell'attuazione della procedura indicata e a prestare molta attenzione nei confronti dei propri figli. In allegato alla presente comunicazione si mette a disposizione il materiale trasmesso alla scuola dalla Pediatria di Comunità.

Il dirigente scolastico

F.to M.M. Nanni

# Scabbia

il prurito





# ricerca microscopica dell'acaro





# Ricerca dell'acaro

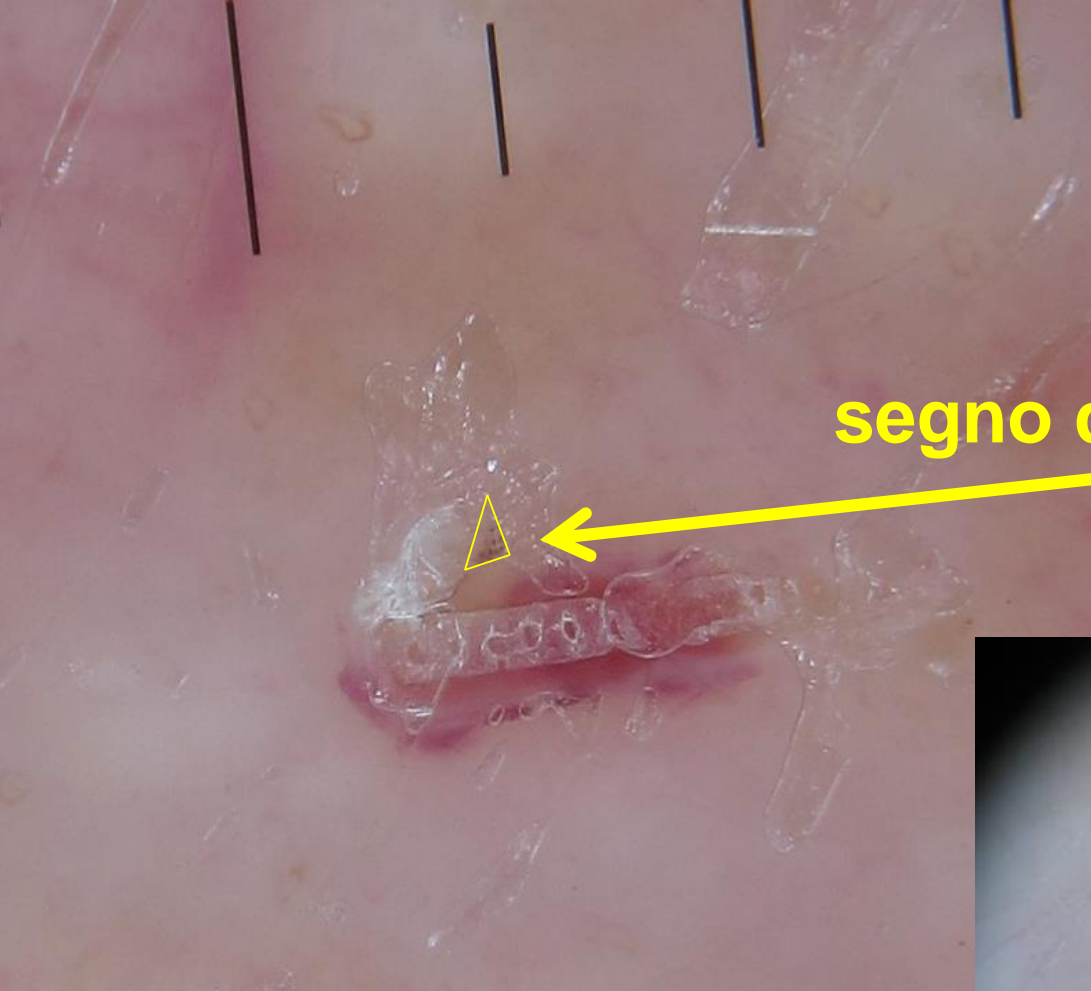


**Esame dermatoscopico**

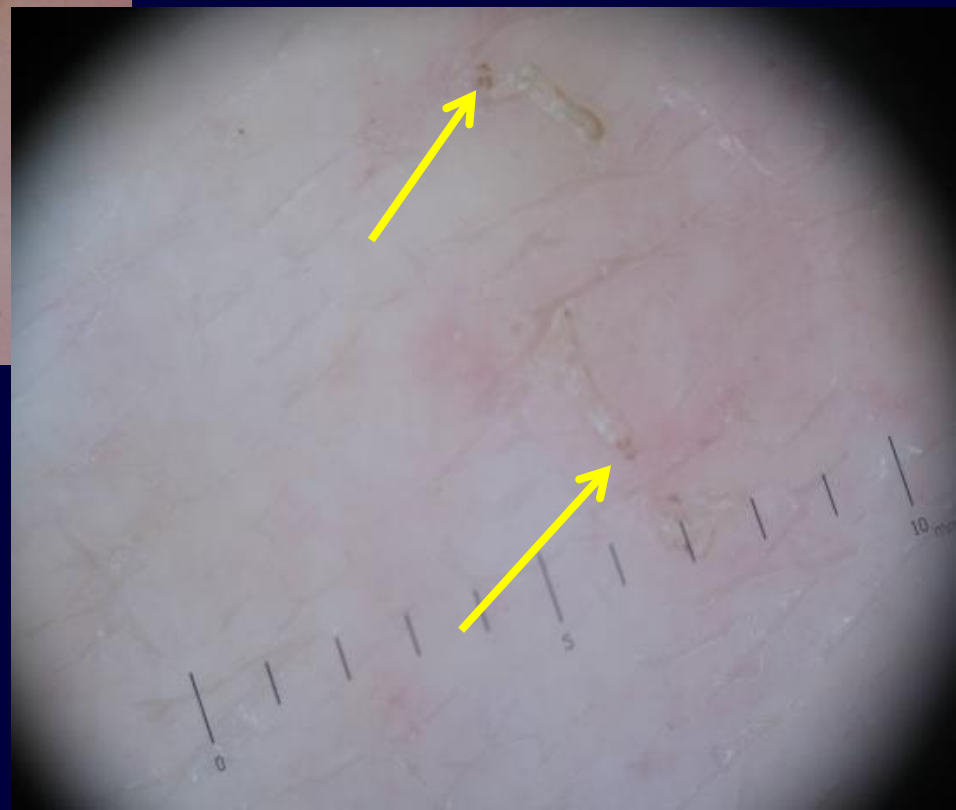
L'acaro appare di forma ovalare e con una parte del corpo più evidente (scura), a forma di triangolo, che corrisponde alla sua testa

# **L'esame dermatoscopico nel paziente con scabbia risulta essere:**

- **di facile esecuzione**
  - **non invasivo**
  - **indolore**
- **altamente diagnostico**
- **consigliato soprattutto in età pediatrica**



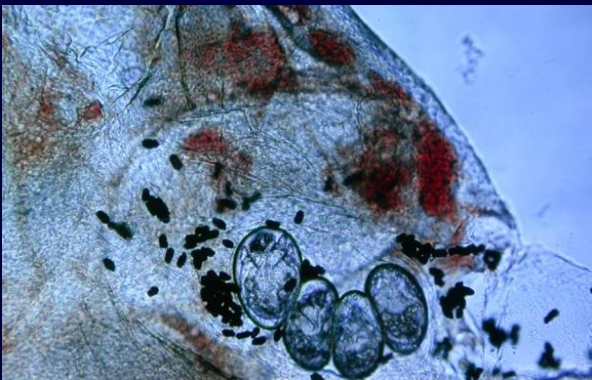
**segno del triangolo**



## esame dermatoscopico



## esame microscopico



## Ricerca dell'acaro negativa:

Si deve comunque trattare il paziente e si deve eseguire segnalazione di malattia infettiva agli Uffici di competenza (indicare: “caso sospetto”).

# Scabbia

## *terapia*

### gli acaricidi topici più utilizzati

- permetrina dal 2,5% al 5%
- benzoato di benzile dal 5% al 20%
- piretrine naturali 0,165%
- esacloruro di benzene o "lindano" 1%
- bis-butil-carboetilene 50%
- crotamitone 10%
- zolfo dal 6 al 10%
- topici vari (... ..basso contenuto di piretrine o piretroidi)

## **Permetrina crema 5%:**

*utilizzabile*

*già dal 2° mese di vita*

*e*

*anche nella donna gravida*



## **Posologia:**

*una - tre notti consecutive*

*(in posa per 8-10 ore)*

*ripetere dopo 7 giorni*



# Ivermectina

( *Stromectol, Mectizan* )

Posologia: 100-200 microgrammi/Kg  
(mono-somministrazione)

## Vantaggi:

- unica somministrazione (per os)
- buona maneggevolezza
- indicata nei pazienti con bassa compliance
- protezione da possibile immediata reinfezione
- dimostrata efficacia nella scabbia norvegese

**Effetti collaterali:** febbre, prurito, orticaria, dolori osteoarticolari, vomito, diarrea, tosse, congiuntivite e disturbi visivi, ipotensione ortostatica, tumefazioni linfonodali

circolare del Ministero della Sanità n° 4, del 13 marzo 1998

# MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITA' PUBBLICA

**SCABBIA**: PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE

**allontanamento da scuola o dal lavoro**  
**fino al giorno successivo**  
**a quello di inizio del trattamento**”

IL MINISTRO  
F.to BINDI



circolare n° 21, del 24 NOVEMBRE 1999

# LINEE DI INDIRIZZO PER L'APPLICAZIONE IN EMILIA ROMAGNA

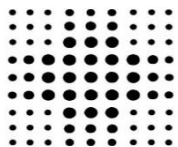
della circolare del Ministero della Sanità n° 4, del 13 marzo 1998

“MISURE DI PROFILASSI  
PER ESIGENZE DI SANITA' PUBBLICA”

**SCABBIA:** PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE

**“allontanamento dalla scuola  
fino a completamento della terapia  
con certificato medico di riammissione”**

L'Assessore  
Giovanni Bissoni



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

---

DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE  
U.O. AZIENDALE PEDIATRIA DI COMUNITA'

Di competenza della Pediatria di Comunità sono le riammissioni dopo le seguenti malattie infettive di cui è stata fatta denuncia: epatiti virali, malattia invasiva da meningococco ed emofilo tipo b, tubercolosi, scabbia\*.

*\*Scabbia*

La riammissione dopo un episodio di scabbia viene effettuata dal Pediatra di Comunità sulla base del certificato, rilasciato dallo specialista dermatologo, che attesti la corretta esecuzione del trattamento specifico e la scomparsa del rischio di trasmissione.

I certificati di riammissione sono validi 3 giorni, compresi i festivi, salvo diversa disposizione del medico.

Il certificato di riammissione per i bambini privi di assistenza sanitaria viene rilasciato dal Pediatra di Comunità.

LOMBARDIA. COSTRUIAMOLA INSIEME.



Regione Lombardia  
Sanità

Colera, Tifo	sino a negativizzazione di 3 coproculture
Diarree infettive	sino a 24 ore dopo l'ultima scarica diarroica
Epatite Virale A	sino a 7 giorni successivi all'esordio clinico
Epatite Virale E	sino a 14 giorni successivi all'esordio clinico
Meningite Batterica - Meningococcica	sino a 48 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica
Morbillo, Parotite, Pertosse, Varicella, Rosolia	sino a 5 giorni (7 per rosolia) successivi all'esordio clinico o, per pertosse, all'inizio della terapia antibiotica
Salmonellosi, Amebiasi, Giardiasi, Teniasi	sino a risoluzione clinica; per amebiasi anche negativizzazione esami
Scabbia	<u>sino a verifica ASL di avvenuto trattamento</u>
Peste	sino a 3 giorni dopo l'inizio della terapia antibiotica
Scarlattina	sino a 24 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica
Tubercolosi	sino a 3 settimane dopo l'inizio di terapia adeguata per tubercolosi polmonare non multiresistente

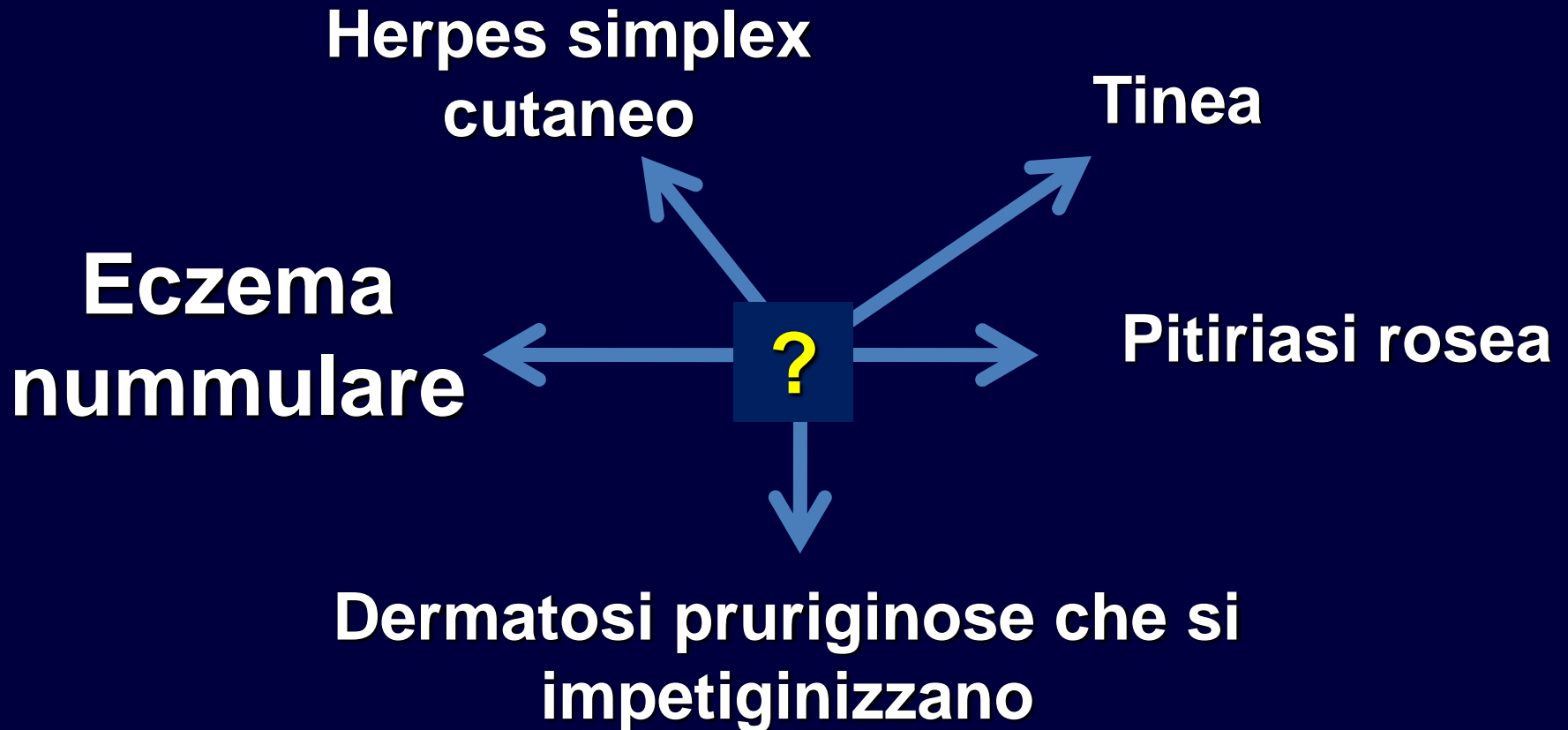
# Impetigine



crosticina che ricorda il miele  
o lo zucchero caramellato

# IMPETIGINE

*i problemi più frequenti di DD*





# Eczema nummulare



# **Impetigine: terapia locale**

( solo in caso di poche e circoscritte lesioni )

**2 - 3 volte al dì per 10 - 13 giorni**

- mupirocina 2 %
- acido fusidico 2 %
- retapamulina 1%
- clindamicina 1%
- eritromicina 3 - 4 %
- gentamicina 0,1% .....ALTRI

# **Impetigine: terapia sistemica**

**lesioni numerose o recidivanti,**

**alto rischio di epidemia,**

**area perigenitale,**

**segni di compromissione generale**



# **Impetigine**

## ***terapia sistemica***

**amoxicillina + ac.clavulanico**

**(40-50 mg/Kg al dì, in due dosi, per 7 gg)**

**cefalexina**

**(50-100 mg/Kg al dì, in 3-4 dosi, per 7gg)**

**claritromicina**

**(15 mg/Kg al dì, in 2 dosi, per 7 gg)**

**azitromicina**

**(10 mg/Kg al dì, 1 dose, per 5 gg)**

circolare del Ministero della Sanità n° 4, del 13 marzo 1998

# MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITA' PUBBLICA

**impetigine, verruche  
e molluschi contagiosi ...**

*... non sono riportate disposizioni  
legislative nazionali per la riammissione  
a scuola*



## INDICAZIONI PER IL CONTROLLO E PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLE SCUOLE

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS 9 di Treviso, ha ritenuto opportuno preparare un documento con le indicazioni per il controllo e prevenzione delle malattie infettive nelle scuole.

Questo documento è stato condiviso con i Pediatri di Comunità e i Pediatri di Famiglia che operano in questa Azienda ULSS.

Il documento prende in considerazione, nella sua prima parte, in particolare l'asilo nido, ma le indicazioni generali sono valide per tutte le altre scuole.

### **Inserimento al nido**

#### **Certificato medico**

Per l'inserimento del bambino al Nido non è necessario un certificato medico attestante le buone condizioni generali.

E' necessaria una certificazione del Pediatra di Famiglia, con il consenso dei genitori o di chi esercita la patria potestà, nei casi di malattie croniche importanti da comunicare alla scuola (come per esempio diabete, fibrosi cistica, malattia celiaca, asma grave, anafilassi, ecc.) e nei casi di allergie alimentari.

**Raccomandazioni e commenti sulla durata dell'allontanamento in caso di malattie cutanee ed esantemi più comuni ( HPA 2006)**

Esantemie malattie cutanee	RACCOMANDAZIONI	Commenti
Quinta malattia	Nessuna restrizione	Attenzione per le donne in età fertile o in gravidanza e per bambini immunodepressi
Mani, bocca, piedi	Nessuna restrizione	Spesso di grado lieve, si trasmette prima dell'insorgenza dei sintomi
Sesta malattia	Nessuna restrizione	Spesso di grado lieve, si trasmette prima dell'insorgenza dei sintomi
Mononucleosi infettiva	Nessuna restrizione	Il 50% si verifica sotto i 5 anni di età
Impetigine	Finochè le lesioni non siano in fase crostosa o cicatriziale	Il trattamento antibiotico riduce la durata della malattia
Mollusco contagioso	Nessuna restrizione	Evitare di grattare o spremere la lesione
Verruche	Nessuna restrizione	Le lesioni devono essere coperte in piscina o in palestra
Herpes simplex	Nessuna restrizione	Evitare di baciare o toccare direttamente le lesioni; in caso di gengivostomatite e mancato controllo delle secrezioni salivari, il bambino deve essere allontanato

GM/AG

091 / 814 4002  
091 / 814 3997

Bellinzona

17 giugno 2013

Repubblica e Cantone  
Ticino

## Il medico cantonale

### **Direttiva concernente l'ammissione e l'esclusione dalla scuola in caso di malattie infettive**

**del 17 giugno 2013**

Richiamati gli articoli 15, 16 e 21 della Legge federale del 18 dicembre 1970 per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (Legge sulle epidemie);  
richiamati gli articoli 26, 28, 33 lett. c) e d), 42, 43 e 44 della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989;  
sentito l'avviso del Collegio dei medici scolastici,

emana la seguente Direttiva:

Art. 1 <sup>1</sup> La presente direttiva indica le malattie che impongono l'esclusione dalla scuola per motivi di salute pubblica.

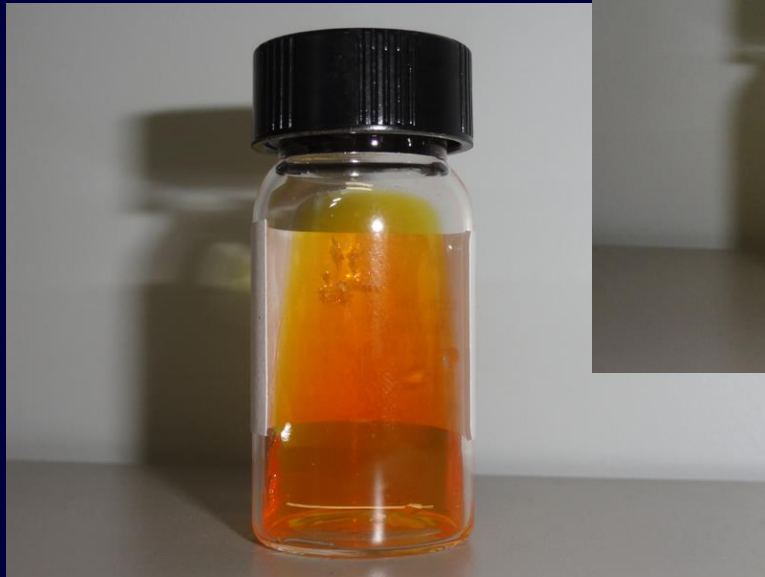
Malattia	Durata dell'esclusione:	
	Caso indice	Persone conviventi o persone della stessa classe del caso indice
Impetigine: infezioni cutanee batteriche da streptococchi e stafilococchi	Fino a 24 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica Senza antibiotici esclusione fino a guarigione clinica	Nessuna esclusione
Infezione invasiva da meningococco *	Il caso indice è ricoverato in ospedale	Nessuna esclusione Profilassi antibiotica e vaccinazione delle persone a stretto contatto secondo le indicazioni dell'Ufficio federale della sanità pubblica
Morbillo *	4 giorni dall'inizio dell'esantema	Nessuna esclusione se vaccinati con 2 dosi Se insufficientemente o non vaccinati: esclusione per 21 giorni dall'esantema per le persone conviventi con il caso indice; esclusione per 21 giorni dall'ultimo contatto con il caso indice per i contatti stretti o persone della stessa classe Rientro possibile dopo la vaccinazione se eseguita entro 72 ore dal primo contatto con il caso indice





# Terreno DTM

(**D**ermatophyte **T**est **M**edium)



- clortetraciclina e gentamicina
  - cicloeximide
- rosso fenolo (indicatore di pH)



# Terreno DTM

(Dermatophyte Test Medium)



**20 unità test**  
**€ 42,5**



**Risposta dopo**  
**3 – 8 giorni**

**tinea  
corporis**



# Tinea capitis (microsporica)



alopecia in chiazze, di grandi dimensioni, non numerose



# Esame colturale miceti

*su cute e su capelli*

L'esame colturale non è attendibile su lesioni trattate con antimicotici topici o sistemici nella settimana che precede il prelievo

Eseguire prelievo (squame o capelli) sulla periferia delle lesioni (giovani colonie fungine)

Coltura dei capelli tronchi e prelevati sul cuoio capelluto, non su quelli spezzati



# Tinea corporis

## *Terapia*

- antimicotico topico 1 - 2 volte al dì
- antimicotico orale per  
2 - 3 settimane (se lesioni > 2 - 3)
- detergente ad azione antimicotica (facoltativo)



# Tinea capitis

*terapia*

- antimicotico topico 1 - 2 volte al dì
- antimicotico orale per 4 - 8 settimane
- detergente ad azione antimicotica

# antimicotici sistemici

<b>GRISEOFULVINA</b>	<b>15-25 mg/Kg/die</b>
<b>TERBINAFINA</b>	<b>62,5 mg/die (pz 12-20Kg)</b> <b>125 mg/die (pz 20-40Kg)</b> <b>250 mg/die (pz &gt; 40Kg)</b>
<b>FLUCONAZOLO</b>	<b>6 mg/Kg/die</b>
<b>ITRACONAZOLO</b>	<b>3-5 mg/Kg/die</b>

circolare del Ministero della Sanità n° 4, del 13 marzo 1998

# MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITA' PUBBLICA

**TINEA CAPITIS:** PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE  
**“nessuna restrizione, purché venga eseguito  
un trattamento appropriato”**

IL MINISTRO  
F.to BINDI



circolare del Ministero della Sanità n° 4, del 13 marzo 1998

# MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITA' PUBBLICA

TINEA CORPORIS, TINEA CRURIS e

TINEA PEDIS: PROVVEDIMENTI SUL CASO INDICE

“*esclusione dalla frequenza di palestre e piscine  
per tutta la durata del trattamento*”

IL MINISTRO  
F.to BINDI



**grazie per  
la Vostra attenzione**