

# La Pediculosi del Capo

## SCHEDA INFORMATIVA

La maggior parte dei problemi che derivano dalla pediculosi del capo, è determinata dall'allarme sociale ad essa correlata più che dall'azione del parassita in quanto tale.

Infatti, il pidocchio del capo **non trasmette malattie** 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 non dalla presenza dell'insetto, ma dal modo in cui tale infestazione viene percepita dal singolo individuo e dalla società.

E' importante sottolineare che:

- **Non esistono collegamenti tra pediculosi e la pulizia del luogo ove si vive o l'igiene personale;**
- **Non esistono terapie preventive ed è assolutamente inefficace e potenzialmente nocivo l'utilizzo di prodotti utilizzati per la terapia a scopo preventivo;**
- **Di assoluta inefficacia sono la chiusura e la disinfestazione della scuola.**

**E' impossibile prevenire completamente le infestazioni da pidocchio del capo poiché non esiste una soluzione definitiva e non esistono interventi di Sanità Pubblica che possano debellarla.** I bambini (particolarmente tra i 3 e i 12 anni) hanno frequenti contatti diretti testa-testa. **L'unica corretta misura di prevenzione è costituita dall'identificazione precoce dei casi, attuata mediante controllo settimanale dei capelli da parte dei genitori.**

**La responsabilità principale della prevenzione, identificazione e trattamento della pediculosi è dei genitori del bambino che frequenta una collettività;** tra le normali cure che vengono rivolte al bambino (pulizia personale, vestiario, cibo, ecc.) va incluso il **controllo settimanale** dei capelli per identificare eventuali lendini o parassiti. Se il genitore sospetta l'infestazione, **come qualsiasi altra malattia dovrà consultare il medico curante per la conferma della diagnosi e per la prescrizione del trattamento.**

**Il controllo in ambito scolastico, da parte di personale sanitario, non ha dimostrato di ridurre l'incidenza della ectoparassitosi.**

Questi interventi entrati nella prassi consuetudinaria, non sono raccomandati e quindi non saranno più effettuati poiché di non comprovata efficacia. Infatti, le evidenze sul campo non giustificano una procedura di screening in quanto la scuola rappresenta solo uno dei luoghi dove può avvenire il contagio. L'educazione dei genitori al riconoscimento e al trattamento della pediculosi è quindi assolutamente indispensabile.

**I genitori devono essere invitati a controllare regolarmente i capelli dei figli anche se asintomatici ed in assenza di casi nelle comunità frequentate.**

**Nessuno screening scolastico può sostituire tale modalità di controllo.**

### ***Eziologia e clinica***

*Il pidocchio del capo è un parassita il cui unico ospite è l'uomo; si nutre prelevando piccole quantità di sangue dall'ospite e risiede a stretto contatto con il cuoio capelluto al fine di mantenere costante la propria temperatura. Il ciclo vitale del parassita comprende tre stadi: uovo, ninfa e adulto. Le uova, dette lendini, di forma allungata hanno dimensioni di 0,3 – 0,8 mm. e sono depositate dalla femmina adulta e cementate alla base del capello mediante una particolare sostanza collosa; si schiudono dopo circa una settimana dalla deposizione dando luogo alla ninfa. Questa è simile all'adulto ma di dimensioni minori e matura circa in una settimana. Dopo la schiusa, la lendine vuota resta adesa al capello. Al di fuori del cuoio capelluto il parassita può sopravvivere per 24-48 ore, in genere meno di 24 e le sue uova non riescono a schiudersi se si trovano ad una temperatura inferiore a quella cutanea.*

*La trasmissione del parassita si verifica per contatto diretto testa-testa. E' anche possibile la trasmissione tramite capelli, vestiti, cuscini, spazzole per capelli, anche se meno frequente.*

*Il sintomo principale, ma che anche può mancare è il prurito, causato da una reazione allergica alla saliva dell'insetto. Occasionalmente è possibile osservare una lesione da trattamento che può assomigliare ad un eczema cutaneo. L'uovo viene deposto molto vicino al cuoio capelluto ( tre-quattro millimetri dalla superficie cutanea).*

## 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%** disponibile in crema va applicata dopo lo shampoo e risciacquata dopo 10 minuti. Possiede un'azione residua in grado di uccidere le ninfe che nascono dal 20- 30 % delle uova che non sono state uccise dal trattamento.

Un trattamento di seconda scelta, è il **malathion 0,5%** disponibile sotto forma di lozione applicata sulla capigliatura asciutta per dieci minuti seguita da un normale shampoo. E' in grado di uccidere sia le uova che il parassita.

In commercio sono disponibili le piretrine di origine vegetale. Sono controindicate negli allergici al crisantemo, sebbene le moderne tecniche di estrazione minimizzino questa possibilità. 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: i risultati sembrano indicare un'elevata efficacia sia sul pidocchio che sulle uova.

Tra i prodotti oggi disponibili in commercio si evidenzia una soluzione con meccanismo d'azione fisico e non chimico la cui sostanza attiva è a base di **dimeticone 4%**. (Burgess I – BMJ 2005; June 330:1423-1425)

Recentemente sono state messe in commercio diverse sostanze naturali per il trattamento della pediculosi del capo. Si tratta di formulazioni shampoo o lozioni a base di echinacea purpurea, olio di geranio, olio di timo o di citronella, succo di limone, anice stellata e olio di cocco. Allo stato attuale non esistono studi clinici che supportino l'efficacia di questi prodotti.

### Il trattamento può fallire per:

- Uso improprio o incompleto: mancata ripetizione a distanza di 7- 14 giorni, uso di quantità insufficiente a determinare un contatto con l'intero cuoio capelluto e con i capelli in tutta la loro estensione,
- Resistenza al prodotto
- Uova rimaste vitali e non rimosse

**La rimozione delle lendini è comunque consigliata** in quanto evita che il trattamento venga ripetuto più volte solo per la presenza di uova che potrebbero non essere più vitali, e diminuisce il rischio 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.

**Le lendini vanno tolte sfilandole dai capelli con le dita, una per una come perle dal filo.** Le lendini sono molto adese al capello (utile distinzione dalla forfora che invece cade facilmente via dai capelli) quindi bisogna esercitare un certo sforzo.

**Anche i conviventi** devono essere controllati e trattati se positivi ed è opportuno procedere al trattamento degli oggetti personali nel modo seguente:

- Spazzole e pettini: immersione per 10 minuti in acqua calda almeno a 54° C, in cui diluire eventualmente il prodotto per il trattamento
- Biancheria: lavaggio a 60° in lavatrice o a secco

Pertanto, in caso l'insegnante sospettasse in un bambino la pediculosi del capo, avviserà il Dirigente scolastico che vi invierà comunicazione in merito con l'indicazione delle modalità di riammissione.

La responsabilità principale della prevenzione, identificazione e trattamento della pediculosi è dei genitori del bambino che frequenta una collettività; tra le normali cure parentali (pulizia personale, vestiario, cibo ecc.) va incluso anche il controllo settimanale dei capelli del bambino per identificare eventuali lendini o parassiti e in caso di positività i genitori sono caldamente invitati a darne tempestiva comunicazione alle comunità frequentate (scuola, palestra, ecc.). 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 mentre i Servizi Sanitari intervengono per:

- L'informazione e l'educazione sanitaria delle famiglie
- L'informazione e l'educazione sanitaria degli insegnanti e dei Dirigenti Scolastici
- L'informazione e la formazione dei Medici Curanti e dei Farmacisti
- La gestione delle notifiche di pediculosi ai sensi del D.M. 15.12.90

**E' inoltre necessario precisare che:**

- Il pidocchio del capo si trasmette prevalentemente per contatto diretto "testa a testa"
- Non esistono collegamenti tra la pediculosi e la pulizia del luogo ove si vive o l'igiene personale
- Non esistono terapie preventive ed è assolutamente inefficace e potenzialmente nocivo l'utilizzo di prodotti utilizzati per la terapia a scopo preventivo
- Di assoluta inefficacia sono la chiusura e la disinfestazione della scuola.

Soprattutto all'inizio dell'anno scolastico si registrano il maggior numero dei casi e questo è dovuto anche al fatto che, nel periodo estivo, alcuni bambini possono aver contratto la pediculosi del capo; il mancato controllo da parte dei genitori al rientro dalle vacanze e la mancata terapia precoce, favoriscono il diffondersi dell'infestazione nelle comunità scolastiche.

Infine ricordiamo che la pediculosi del capo può essere contratta non solamente nella comunità scolastica ma anche in tutti i luoghi in cui i bambini stanno a stretto contatto.

Il bambino può tornare a scuola dopo l'avvio di idoneo trattamento disinfestante.

Pertanto, seguendo le indicazioni regionali, sono state elaborate procedure per la gestione della pediculosi nelle comunità scolastiche.

<b>SEDI CONSULTORIALI</b>			
<b>Ambiti</b>	<b>SEDI</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>Telefono</b>
Albenganese	<b>ANDORA</b> <b>ALASSIO</b> <b>ALBENGA</b> <b>VILLANOVA d'Albenga</b> <b>CERIALE</b>	v. Dante 8 p.zza Paccini v.le 8 Marzo 12 v.le Martiri lungomare Diaz 23	0182 / 87292 0182 / 546512 0182 / 546331 - 546633 0182 / 546681 0182 / 930118
Finalese	<b>LOANO</b> <b>PIETRA Ligure</b> <b>FINALE Ligure</b>	v. Stella v. S.M.G. Rossello 23 v. Della Pineta 6	019 / 8405840 019 / 8405309 019 / 68152214
Bormide	<b>CAIRO M.tte</b> <b>CARCARE</b> <b>CENGIO</b> <b>MILLESIMO</b>	via Berio 1 v. del Collegio 18 p.zza Martiri Partigiani 5 v. Partigiani 89	019 / 5079881 019 / 5009501 019 / 555126 019 / 564130
Savonese	<b>SPOTORNO</b> <b>VADO Ligure</b> <b>QUILIANO (Valleggia)</b>  <b>SAVONA Chiappino</b> <b>SAVONA v. Zara</b>  <b>ALBISOLA Sup.</b> <b>SASSELLO</b> <b>CELLE</b> <b>VARAZZE</b>	v.le Europa 3 B v. Alla Costa v. Delfino  SV v. Chiappino 29 SV v. Zara 9  v. Dei Conradi v. Badano 22 v. S.S. Giacomo e Filippo v. 4 Novembre 13	019 / 746258 019 / 886368 019 / 881904  019 / 263091 - 263775 019 / 821849  019 / 483266 019 / 724828 019 / 991130 - 990532 019 / 95556

<b>SEDI IGIENE PUBBLICA</b>			
<b>Ambiti</b>	<b>SEDI</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>Telefono</b>
Albenganese	<b>ALBENGA</b>	v. Trieste 54	0182 / 546252
Finalese	<b>LOANO</b>	v. Stella	019 / 8405825
Bormide	<b>CARCARE</b>	Villa De Marini	019 / 5009614 - 5009612
Savonese	<b>SAVONA</b>	v. Collodi 13	019 / 8405901 - 8405919

## **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
3. Pediculosi . In: *Bollettino Epidemiologico Nazionale. Notiziario ISS* Vol. 14 n.5, Maggio 2001
4. Burkhart CN. Fomite trasmissio with head lice: a continuino controversy. *Lancet* Vol 361Jan 11, 2003
5. Chung 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 Norh 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 discourage “ no nit “ polies 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 Rew* 2001; 3:CD001165
19. The Stafford Group. A report for Consultants in Communicable Disease Control. PHMEG, 1998 ([www.phmeg.org.uk/Documents/Headlice/phmeghl.htm](http://www.phmeg.org.uk/Documents/Headlice/phmeghl.htm) )
20. Burgess I et al Treatment of head louse infestation with 4% dimeticone lotion: randomized controlled equivalence trial *BMJ* 2005;June 330:1423-1425
21. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet*. 2000 Mar 4 ;355( 9206): 819-26
22. Flinders DC, De Schweinitz P. Pediculosis and scabies. *Am Fam Phisycian*. 2004 Jan 15;69(2) : 341-8
23. Burgess IF. Human lice and their control. *Annu Rev Entomol*. 2004;49:457-81
24. Gelmetti C. Veraldi S. Scanni G. Pediculosi del capo : proposte di linee-guida terapeutiche. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia* 2004;139(81):1-4 .
25. Mumcuoglu KY, Friger M, Ioffe-Uspensky I, Ben-Ishai F, Miller J. Louse comb versus direct visual examination for the diagnosis of head louse infestations. *Pediatr Dermatol*. 2001 Jan- Feb;18(1):9-12
26. ADOI, SIDEMAST, SIDERP, SIP. Linee guida, diagnosi e trattamento della pediculosi del capo. *Area pediatrica* 2006; Ottobre.
27. Roberts RJ. Clinical practice. Head lice. *N Engl J Med*. 2002 May 23;346(21):1645-50.