



**ISTITUTO COMPRENSIVO
EL/7 C.D. MONTELLO – S.M. SANTOMAURO**



Via G. Bartolo, 8 - 70124 Bari - Segreteria/Presidenza Tel. 080 504 6347 fax 080 504 6347
Via Vassallo, 16 - 70125 Bari - Segreteria Tel. 080/5013617 - Presidenza- Tel/Fax 080/5019000

Con l'Europa, investiamo nel vostro futuro

Circolare Interna n. 45

Bari, 14/10/2022

Ai Genitori della sezione II D - Infanzia

Plesso "EI7/ Montello"

Oggetto: **Segnalazione focolai epidemici di pedicolosi.**

A seguito di un rischio di pedicolosi (pidocchi dei capelli) nella classe frequentata da Vs. figlio/a, vi preghiamo di controllare accuratamente e almeno settimanalmente il capo del ragazzo/a, allo scopo di **rintracciare tempestivamente la presenza di parassiti o di uova (lendini)** ed **iniziare la cura solo in caso di positività** per limitarne la diffusione in ambiente scolastico.

Vi ricordo che i prodotti per la cura **non hanno un'azione preventiva** e quindi devono essere **utilizzati solo nel caso di infestazione in atto**. Il loro utilizzo non appropriato può invece causare dermatiti del cuoio capelluto.

La frequenza scolastica sarà consentita già **dopo il 1° trattamento** antiparassitario con **autocertificazione** come da modulo allegato o con certificato del medico curante solo in caso di recidiva.

Vi informo, inoltre, che l'Osservatorio di Parassitosi Scolastica di Bari, diretto dal Dott. Gaetano Scanni, ha redatto le Linee guida per la prevenzione e il trattamento della pedicolosi del capo, disponibili all'indirizzo:

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/la-pediculosi-scolastica-tutto-quello-che-bisogna-sapere>

Per ogni altro dubbio o delucidazione è opportuno consultare il medico curante.

Confido nella vostra collaborazione e pongo distinti saluti.

La Dirigente Scolastica

Anna Lia Minoia

Firma autografa apposta sull'originale cartaceo e sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ex art. 3, comma 2 del Dlgs. 39/93

A cura dei Genitori: staccare e riconsegnare alla scuola in busta chiusa solo in caso di presenza di uova e/o pidocchi.

Idoneità alla frequenza subordinata alla esecuzione del Trattamento Iniziale

I sottoscritti genitori dell'alunno/a _____ sotto la loro responsabilità dichiarano di

1. aver eseguito il **1° trattamento** per la cura della pedicolosi in data ____ \ ____ \ ____
2. di aver eseguito un controllo ripetuto della capigliatura con un pettine stretto fino alla **completa scomparsa** dei pidocchi, (*se inizialmente presenti*).
3. di aver iniziato a sfilare con il pettine stretto il maggior numero di **lendini (uova del pidocchio)** a partire da questa data e di completarla entro e non oltre sette giorni.

IL RIENTRO A SCUOLA È SUBORDINATO A QUESTE CONDIZIONI DI CUI I SOTTOSCRITTI GENITORI SI FANNO GARANTI NELL'INTERESSE DEL PROPRIO FIGLIO E DELLA COLLETTIVITÀ.

Firma Genitori _____