

# DA<sup>2.0</sup>

Dermatologia Ambulatoriale 2.0

Organo ufficiale  
dell'Associazione Italiana  
Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2015 - n. 1  
gennaio - marzo 2015

## XXIV CONGRESSO NAZIONALE

27-30 Maggio 2015

Presidente del Congresso: **Domenico Piccolo**

**AIDA**

**RICCIONE**

Palazzo dei Congressi  
Viale Virgilio 17, Riccione (Rn)

LA REDAZIONE

# Dermatologia Ambulatoriale 2.0

Organo ufficiale dell'Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali

Anno 2015 - n. 1  
gennaio - marzo 2015

ISSN: 2420-9627

*Rivista iscritta al n.17 del registro della Stampa  
del Tribunale di Lecce il 17 novembre 2014*

## Direttore responsabile

Alessandro Martella, Tiggiano (LE) [rivista@aida.it](mailto:rivista@aida.it)

## Vice-direttore

Valerio Cirfera, Copertino (LE)

## Direttore Scientifico

Gian Luigi Giovene, Perugia

## Comitato di redazione

Giovanni Menchini (Pisa)

Vito Pietrantonio (Bari)

Domenico Piccolo (L'Aquila)

Carlo Bertana (Roma)

Cecilia Pravettoni (Milano)

## Responsabile Marketing

Saturnino Gasparini (Terni)

## Progettazione grafica

Borè S.R.L.

Via Roma, 73 - 73039 Tricase (LE) - Italy

[www.boresrl.com](http://www.boresrl.com)



# SOMMARIO

---

## EDITORIALI

- *Alessandro Martella* - 5
- AIDA corre verso il nuovo che avanza di *Domenico Piccolo* - 7

## NOVITÀ

- Acne, terapia antibiotica e anti-biotico resistenza -12

## REBUS 68-69



## APPROFONDIMENTO

- Le parassitosi cutanee Comunitarie di *Valerio Cirfera* - 20
- Rosacea. Dalla clinica alla terapia medica di *Federico Bardazzi, Michela Magnano, Riccardo Balestri, Vera Tengattini, Annalisa Patrizi* - 41

## L'ANGOLO DELL'ESPERTO

- Le procedure iniettive in diagnostica e terapia di *V. Cirfera, G. Toma, C. Prete, Avvocato* - 53

## IL CASO

- Lichen Scleroatrofico associato a Carcinoma Squamocellulare di *Pietro Lippa* - 50
- Melanoma Vulvare di *Pietro Lippa*- 51

# I DERMATOPATOLOGI



**Alessandro Martella**  
Dermatologo 2.0, ideatore, autore e responsabile di [www.myskin.it](http://www.myskin.it)  
Scatto per passione quando fotografo e per hobby quando corro



**Pietro Lipa**  
Dermatologo responsabile del centro integrato di patologia vulvare presso la struttura AIED (associazione italiana educazione demografica) di Roma, sono appassionato di scialpinismo ma anche di mountain bike. Nella foto tandem di strada con la mia amica non vedente Teresa prima di un tour di 600 Km in 4 giorni: Abruzzo-Puglia a/r, che matti!



**Federico Bardazzi**  
Dermatologo eclettico, dalla personalità travolgente e dalla battuta pronta, amante degli animali, dell'arte e dei viaggi.



**Pravettoni**  
Dermatologa, sarta e pittrice. Ha iniziato giocando in AIDA come Coordinatore Regionale per la Lombardia nel 1996. Dal 2006 nel Consiglio Direttivo.  
Ha curato per 8 anni la Segreteria Scientifica dei congressi AIDA. Lavora come Specialista Ambulatoriale da 30 anni presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano. Presidente AIDA per il biennio 13-14.



**Valerio Cirfera** unendo insieme la professione di dermatologo e la passione per le tematiche legali è un esperto di dermatologia legale.

# EDITORIALE



**F**isso questa pagina sperando di sviluppare qualche idea e trovare le parole per descrivere le emozioni del momento.

Chiudo gli occhi e saltando con la mente da un ricordo all'altro e poi ad un altro ancora rivivo i momenti insieme, in AIDA.

Mi fermo. Riavvolgo il nastro. Torno indietro nel tempo.

I discorsi, le risate, i suoni, tutto riprende vita ancora una volta. Tutto ciò mi fa stare bene ma è solo un attimo. Un momento.

Un momento passato insieme, un momento che d'oggi in poi non passeremo e non vivremo più insieme.

*Addio Paolo*

*Alessandro  
Martella*

# Sametrix

Capsule

*Un intervento multiplo nella  
alopecia androgenetica*



Laboratori Farmaceutici  
Savoma Medicinali S.p.A. - Parma

# AIDA corre verso il nuovo che avanza!

Cari Amici,

oggi scrivo il mio primo Editoriale da Presidente (orgogliosissimo) dell'AIDA.

Mi sembra incredibile...con il vostro sostegno e la vostra fiducia in pochissimi anni ho potuto vivere l'esperienza di Coordinatore Regionale per l'Abruzzo, membro del Consiglio Direttivo, Segretario ed ora Presidente.

Quando ho iniziato questo percorso mi è stato detto che AIDA è un'associazione al servizio dei dermatologi, di tutti, per primi quelli più lontani e fuori dalle logiche e dalle politiche di potere che purtroppo governano le istituzioni a qualsiasi livello. Proprio in quanto membro di quel gruppo di "lontani" dermatologi e venendo fuori dalla cocente delusione di non aver potuto fare quello che avrei sempre voluto, ossia la carriera universitaria, ho sentito il bisogno personale di credere nei valori che animano quest'associazione.

Il mio inizio di presidenza, purtroppo, è coinciso con la scomparsa del nostro carissimo Paolo Silvestris, un amico ed un maestro la cui perdita ha lasciato un vuoto incolmabile in tutti noi. Paolo era l'AIDA e per AIDA aveva messo da parte anche la sua attività libero professionale; era la persona a cui tutti facevamo riferimento...sarà difficile andare avanti senza di lui. Proprio Paolo però, durante una di quelle splendide conversazioni che tanto mi hanno fatto crescere all'interno dell'associazione e comprendere le sue profonde finalità, mi disse: "l'AIDA non è una famiglia patriarcale e tutti devono fare la loro parte in armonia. Non so se ci sarò, ma a Riccione dobbiamo fare un grande congresso". Ricordo che allora, con la leggerezza di chi non percepisce o non vuole accettare l'ineluttabile, gli risposi di stare tranquillo, perchè insieme avremmo organizzato un vero evento. Ora tutto è cambiato, ma con Paolo ho preso un impegno morale, con lui all'epoca e con Camilla (sua figlia) il giorno della sua morte.

Perciò, amici, dobbiamo onorare la sua memoria, dobbiamo andare avanti e lavorare tutti per



ché il congresso di Riccione sia davvero quell'evento a cui tanto teneva.

Vorrei ringraziare Cecilia Pravettoni, past President, per l'eccellente lavoro svolto in questi ultimi due anni, durante i quali, nonostante i suoi problemi personali, ha mostrato dedizione ed impegno fuori dal comune, svolgendo il suo ruolo con passione e sincero interesse per AIDA e per tutti noi iscritti.

Non me ne vogliate, cari amici, ma sappiate sin d'ora che non riuscirò ad eguagliare, ma neppure ad accostarmi, come Presidente, all'eleganza ed alla delicatezza di Cecilia, qualità che sfortunatamente per me sono ancorate alla sua splendida persona e che mi dicono non possono essere trasmesse o anche solo prestate congiuntamente all'incarico presidenziale...

Negli ultimi anni la nostra associazione è stata per così dire "modernizzata" grazie all'ingresso di giovani colleghi, portatori di idee e buona volontà che hanno coadiuvato i "vecchi saggi" nel creare dei servizi utili a tutti gli iscritti, quali l'assicurazione professionale a prezzi vantaggiosissimi per i dermatologi in regola con la quota associativa, il nuovo sito più interattivo e dinamico e la rivista online disponibile per tutti.



La mia personale mission per il prossimo biennio da Presidente, ovviamente se voi amici la condividerete, sarà quella di superare tutte le barriere per arrivare finalmente a tagliare il traguardo del "Dermatologo 2.0". Proprio per questo il programma scientifico del nostro prossimo congresso nazionale che si terrà a Riccione dal 27 al 30 maggio 2015 è stato predisposto in modo da tener fede a questo obiettivo.

Da sempre i nostri congressi sono caratterizzati da un taglio pratico, perché all'AIDA piace fornire strumenti di lavoro ai propri iscritti, delle indicazioni immediatamente fruibili nella loro attività quotidiana. Quest'anno intendiamo rivolgerci in particolare a quei giovani dermatologi che vogliono iniziare la loro attività e necessitano, come ben sappiamo noi "giovani veterani" dell'attività ambulatoriale, di consigli pratici per organizzare uno studio dermatologico che rispetti tutte le normative nazionali/regionali (quali strumenti acquistare e quali scartare, quali forme di marketing applicare, come farsi trovare in rete, quale assicurazione è meglio possedere, come organizzare eventi ECM che siano utili e di appeal anche per altri colleghi ecc..).

Tutto ciò dovrebbe trovare la sua logica conclusione in un testo/manuale, che spero riusciremo a pubblicare entro i due anni della mia presidenza e che sono certo sarà il segno tangibile dello spirito di collaborazione e del ruolo di "servizio" per gli iscritti alla nostra associazione.

Stiamo attraversando un periodo di grande crisi economico-sociale che impone a tutti, anche a noi dermatologi, di interpretare, comprendere e adeguarci alle dure leggi del mercato ed alle mutate esigenze dei pazienti. Non è facile, soprattutto per i giovani che devono iniziare oggi

la nostra professione, avviare uno studio adeguatamente attrezzato e fidelizzare i pazienti. Per questo stiamo cercando di programmare dei corsi "itineranti" che possano in qualche modo facilitare le fasi di start-up professionale. Uno dei primi corsi ( i primi in programma Napoli e Pescara) riguarderà la formazione nel complesso settore della dermatologia legale, una competenza da acquisire anche nell'ottica della promozione dell'istituzione di un albo professionale da cui attingere in tutta Italia per il conferimento degli incarichi di Consulenza Tecnica di Ufficio.



## Come concludere questo mio primo editoriale?

Sono un uomo concreto e con semplicità vi dico, cari amici, che sono pronto ad accogliere qualsiasi proposta fatta per il bene della nostra associazione. Sono alla mia prima esperienza nel ruolo di rappresentanza di una associazione nazionale, perciò nel mentre chiedo venia per le eventuali mie mancanze da "pivello" vi esorto, con l'entusiasmo che da sempre mi si riconosce, ad attivarvi collaborando per consentire all'Associazione di crescere. Fatevi sotto con proposte nuove e innovative, mettetemi nelle condizioni di portarle all'attenzione del Consiglio Direttivo, che senz'altro ne valuterà e apprezzerà la portata e, ove possibile, le tradurrà in programmi concreti. Diamoci da fare.

*Buon lavoro a tutti noi. Per te, Paolo.*



# AIDA

# RICCIONE

Palazzo dei Congressi  
Viale Virgilio 17, Riccione (Rn)

# XXIV CONGRESSO NAZIONALE

27-30 Maggio 2015

*Presidente del Congresso: **Domenico Piccolo***

Segreteria Organizzativa

 **MEETER**  
congressi

Meeter Congressi srl

Via S. Trinchese, 22 - 00188 Roma

Tel. 06.33680034 - Fax 06.33680033

congressi@meeter.it - www.meeter.it

NEW

NEWS

NOVITÀ



# ACNE, TERAPIA ANTIBIOTICA E ANTIBIOTICO RESISTENZA:

## LA POSIZIONE DI DERMATOLOGI ITALIANI

### Risultati di una Consensus Conference

Bettoli V (Ferrara), Antonioli P\* (Ferrara), Barbareschi M (Milano), Bellosta M (Pavia), Di Pietro A (Milano), Drago L\*\* (Milano), Libanore M\*\*\* (Ferrara), Pelfini C (Pavia), Pravettoni C (Milano), Rossi R\*\* (Ferrara), Skroza N (Roma), Veraldi S (Milano), Virgili A (Ferrara).

**L**o sviluppo di resistenza dei batteri agli antibiotici è un problema che nasce parallelamente all'utilizzo degli antibiotici stessi. In tutti i paesi del mondo, da vari anni, si osserva un suo preoccupante crescendo. Il numero di infezioni batteriche causa di decesso o di rilevante e prolungata inabilità, come conseguenza dello sviluppo di resistenza batterica agli antibiotici, ha raggiunto livelli tali da allarmare le autorità sanitarie a livello internazionale.

12

I batteri, sottoposti alla pressione selettiva esercitata dagli antibiotici, rispondono sviluppando modalità di resistenza che riducono, in modo più o meno marcato, l'efficacia terapeutica dell'antibiotico stesso. Sviluppare resistenza ad un antibiotico è, per il batterio, una reazione naturale di sopravvivenza e adattamento ad una situazione ambientale mutata per la presenza del farmaco: si tratta quindi di un processo fisiologico e prevedibile. Gli aspetti più significativi di questo evento biologico sono: rapidità di sviluppo, entità (percentuale di ceppi batterici che diventa insensibile all'antibiotico), durata della sopravvivenza dei ceppi divenuti resistenti (la resistenza può essere reversibile), ma soprattutto la rilevanza clinica dell'evento, cioè quanto questo possa essere correlato a variazioni biologiche induttrici di infezioni batteriche.

L'ACNE è una dermatite infiammatoria che si sviluppa nei follicoli pilo-sebacei e si presenta clinicamente con comedoni, papule, pustole,

noduli e cicatrici diffuse al volto, torace, dorso e spalle di individui di tutte le età, ma con ampia prevalenza nell'adolescenza. Nel determinismo della dermatite intervengono numerosi fattori, tra i quali un batterio Gram positivo, anaerobio-facoltativo, chiamato *Propionibacterium Acnes* (P.acnes). Questo batterio, che vive nei follicoli pilo-sebacei e sulla cute di tutti gli esseri umani, abitualmente come commensale, nei pazienti acneici induce processi infiammatori che portano allo sviluppo delle lesioni sopra descritte. È importante sottolineare come l'acne, pur avendo tra i vari fattori eziopatogenetici anche questo batterio, non sia una malattia infettiva bensì una dermatite infiammatoria.

Tra le varie opzioni terapeutiche nell'acne, compaiono gli antibiotici. L'obiettivo prioritario di un trattamento antibiotico nell'acne, sia topico che sistemico, è la riduzione della carica di P.acnes, anche se a questi farmaci è riconosciuto un effetto antiinfiammatorio. L'antibiotico topico più valido è la clindamicina; l'eritromicina ha visto ridursi progressivamente, nel corso degli anni, la sua efficacia. Tra i sistemici la prima scelta è costituita dalle tetracicline, come doxiciclina, limeciclina, metaciclina e minociclina, mentre i macrolidi sono utilizzati solo nei casi nei quali, per motivi vari, esse sono controindicate. Le linee guida internazionali suggeriscono una durata massima del trattamento di tre mesi e la sospensione anticipata a 6-8 settimane in caso non si ottengano i risultati attesi.

Il punto focale del problema della resistenza batterica all'antibiotico nell'ACNE è la rilevanza

clinica, la cui valutazione si fonda su due parametri:

**1** ridotta risposta terapeutica del batterio nei confronti del quale si è instaurata la terapia (P.acnes nel caso dell'acne)

**2** induzione di resistenza in batteri diversi dal P.acnes, (es. Stafilococchi e Streptococchi), sia per un loro contatto diretto con l'antibiotico sia per acquisizione di materiale genetico proveniente dal P.acnes, ed eventuali infezioni indotte da questi ultimi.

Per analizzare nel dettaglio gli aspetti pratici che legano la terapia antibiotica nell'acne ed il problema dell'antibiotico-resistenza è necessario considerare separatamente:

- 1** rapporti tra P.acnes ed acne;
- 2** infezioni sistemiche indotte da P.acnes;
- 3** rapporti tra antibiotico, P.acnes ed altri batteri;
- 4** correlazione tra antibiotici nell'acne, antibiotico-resistenza ed eventuale incremento del rischio infettivo (non da P.acnes).

P.acnes ed acne: in un paziente acneico l'utilizzo di un antibiotico, al quale un numero significativo di ceppi di P.acnes è resistente, può indurre una riduzione dell'effetto terapeutico. Infezioni sistemiche indotte da P.acnes: Il P.acnes, in casi particolari, quali ad esempio pazienti immunodepressi che utilizzano dispositivi intracardiaci o devices vascolari, oppure sottoposti a chirurgia protesica, si può comportare come patogeno occasionale causando infezioni, sia locali che sistemiche, talvolta gravi e potenzialmente fatali. P.acnes può al tempo stesso essere implicato anche in osteomieliti, artriti, spondilodisciti ed infezioni protesiche. Per trattare questi casi gli antibiotici di scelta sono - lattamine, fluorchinolonici, rifampicina, glicopeptidi, oxazolidinoni e lipopeptidi, diversi quindi da quelli prescritti solitamente per l'acne. Ne consegue che un'eventuale resistenza acquisita da P.acnes agli antibiotici utilizzati nell'acne, in particolare le tetracicline, non sembra compromettere il risultato terapeutico in tali infezioni sistemiche.

Antibiotici nell'acne e batteri (non P.acnes): modifica della carica batterica e induzione di resistenza. Quando si utilizza l'antibiotico per l'ACNE inevitabilmente questo viene a contatto con batteri diversi da P.acnes presenti sulla superficie cutanea e/o all'interno del corpo umano (es. cavità nasale ed orale, tratto gastro-intestinale). Gli antibiotici topici agiscono sulla flora batterica presente nell'area di applicazione e nelle vicinanze, mentre i sistemici possono venire a contatto con qualsiasi batterio presente nel corpo. E' dimostrato come un trattamento antibiotico per l'acne, possa modificare la carica batterica e la sensibilità antibiotica di batteri quali stafilococchi (aureo e coagulasi negativi), streptococchi (beta-emolitico gruppo A, pneumoniae, viridanti) e batteri della flora intestinale. Tuttavia, i dati a supporto di questo non sempre concordano. Sono inoltre disponibili altri dati che dimostrano come l'acquisizione di resistenza batterica all'antibiotico sia un fenomeno potenzialmente reversibile.



## ANTIBIOTICI NELL'ACNE

13

aumentano l'incidenza di infezioni batteriche (non da P.acnes)? Non sono disponibili dati certi a dimostrazione del fatto che i pazienti acneici, trattati con antibiotici topici o sistemici, manifestino infezioni batteriche più frequentemente di soggetti acneici non trattati con antibiotici o di soggetti non acneici. Si deve inoltre tenere conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione acneica: soggetti di giovane età, spesso privi di comorbidità di accompagnamento o di





# ACNE, TERAPIA

sta clinica sospendere l'antibiotico e passare ad un altro trattamento. Nel caso in cui si fosse già

ottenuta la scomparsa dell'acne si consiglia il passaggio alla terapia di mantenimento.

**7** Come terapia di mantenimento considerare il retinoide topico ed associare il benzoile perossido quando si ritenga necessario. Da evitare l'antibiotico.

\**Direzione Sanitaria*

\*\**Microbiologo*

\*\*\**Infettivologo*

*Consensus Conference tenutasi a Ferrara il 19 settembre 2014*

*I presenti in rappresentanza di: Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani (ADOI), Società Italiana di Dermatologia e Malattie a Trasmissione Sessuale (SIDeMaST), Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali (AIDA), Società Italiana di Dermatologia Plastica (ISPLAD), Italian Acne Board (IAB), Donne Dermatologhe Italiane (DDI).*

condizioni di rischio infettivo. Non vi sono a tutt'oggi studi che documentino con certezza un'aumentata incidenza di infezioni nei vari distretti corporei.

Tra le infezioni batteriche di più frequente osservazione nell'uomo si ritrovano le infezioni delle alte e basse vie respiratorie, quelle complicate di cute e tessuti molli, delle vie urinarie ecc. Le linee guida terapeutiche di queste infezioni contemplano come prime scelte: - lattamine, fluorchinoloni, macrolidi, furantoina e cotrimossazolo. Tutti antimicrobici, ad eccezione dei macrolidi, che non trovano indicazione nel trattamento antibatterico dell'acne.

Alla luce di quanto sopra, dei dati disponibili, dei possibili effetti collaterali correlati all'impiego dei farmaci potenziali sostituiti e dei benefici che notoriamente si possono osservare con gli antibiotici nell'ACNE, si ritiene che, al momento, non sia giustificato sospenderne l'utilizzo. In ogni caso, per ottenere gli effetti clinici più soddisfacenti e ridurre al minimo gli effetti indesiderati, come suggerito dalle linee guida internazionali, è ragionevole rispettare le seguenti norme prescrittive:

- 1** evitare l'antibiotico, sia topico che sistemico, in monoterapia
- 2** combinare un retinoide topico, base della terapia antiacne, con l'antimicrobico
- 3** associare il benzoile perossido per il suo effetto antimicrobico e per la capacità di non favorire antibiotico resistenza
- 4** utilizzare l'antibiotico per una durata preferibilmente non superiore ai 3 mesi
- 5** preferibile evitare l'uso combinato di antibiotico topico e sistemico
- 6** valutare l'andamento clinico dopo 6-8 settimane di terapia. In caso di assenza di rispo-



# linea Idrovel

Tutte le potenzialità dell'**UREA** formulata in apposito veicolo a rilascio immediato per i vari stati della cute secca e ipercheratosica.

**2%** **Idrovel lenitivo**

Emulsione ad azione emolliente, rinfrescante e lenitiva.



**4%** **Idrovel**

Crema emolliente e protettiva per la cute moderatamente secca e screpolata delle mani e del viso.



**25%** **Idrovel forte**

Unguento per zone particolarmente secche o ipercheratosiche.



**40%** **Idrovel 40**

Crema per zone fortemente ipercheratosiche, per unghie e per callosità del piede.



Laboratori Farmaceutici  
**Savoma Medicinali S.p.A.**  
Divisione Dermo-Cosmesi



# APPROPRIATE M

# FONDI VIMENTO



**mundoson**<sup>®</sup>  
1 mg/g di mometasone furoato

UNA SOLA  
APPLICAZIONE  
AL GIORNO

 Almirall

**Mundoson<sup>®</sup> 1 mg/g Crema**  
Mometasone furoato

30 g Crema  
Uso esterno

Nuova formulazione di  
mometasone furoato in  
**CREMA O/A CON IL  
33% DI ACQUA**

studiata per soddisfare  
le preferenze dei pazienti<sup>1</sup>

INDICATO PER IL TRATTAMENTO SINTOMATICO  
DELLE MALATTIE CUTANEE INFIAMMATORIE  
CHE RISPONDONO AI GLUCOCORTICOIDI TOPICI,  
COME LA DERMATITE ATOPICA E LA PSORIASI

Prezzo 11,00 € (Classe C - RR)

1. Ruzicka T, et al. Efficacy and patient-reported outcomes of a new mometasone cream treating atopic dermatitis. *Skin Pharmacol Physiol* 2012; 25:305-12 - 2. Mundoson<sup>®</sup>. Riassunto delle caratteristiche di prodotto

**1) DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE** Mundoson 1 mg/g crema. **2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Un grammo di crema contiene 1 mg di mometasone furoato (0,1% di mometasone furoato). Eccipienti: 72 mg di alcol cetostearilico (tipo A), emulsionante; 10 mg di alcol cetilico e 13 microgrammi di idrossitoluene butilato / 1 g di crema. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3) FORMA FARMACEUTICA** Crema. Una crema bianca. **4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche** Mundoson 1 mg/g crema è indicato per il trattamento sintomatico delle malattie cutanee di natura infiammatoria che rispondono a un trattamento topico con glucocorticoidi, come la dermatite atopica e la psoriasi (con esclusione della psoriasi a larghe placche). **Mundoson 1 mg/g crema deve essere usato per le patologie della cute per le quali sono indicate le preparazioni topiche a base di mometasone.** **4.2) Posologia e modo di somministrazione** Per applicazione sulla pelle (uso cutaneo) **Adulti, inclusi anziani e bambini di età uguale o superiore a 2 anni** Applicare uno strato sottile di Mundoson 1 mg/g crema sulle aree cutanee interessate una volta al giorno. I glucocorticoidi topici forti non devono essere usati sul viso senza lo stretto controllo del medico. Mundoson 1 mg/g crema non deve essere usato per periodi lunghi (oltre 3 settimane) o su aree cutanee estese (superiori al 20% della superficie corporea). Nei bambini di età uguale o superiore a 2 anni, si può trattare al massimo il 10% della superficie corporea e non deve essere usato in maniera occlusiva o negli spazi intertriginosi. Il periodo di trattamento deve essere limitato a un massimo di 3 settimane. L'uso di corticosteroidi meno potenti è spesso consigliabile in presenza di un miglioramento clinico. **Bambini di età inferiore a 2 anni** Mundoson 1 mg/g crema è un potente glucocorticoide del III gruppo: non è raccomandato nei bambini al di sotto dei 2 anni di età per insufficienti dati di sicurezza. **4.3) Controindicazioni** Mundoson 1 mg/g crema è controindicato nei pazienti con: • ipersensibilità al principio attivo mometasone furoato o a uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1 • rosacea al viso • acne vulgaris • dermatite periorale • prurito perianale e genitale • eruzioni da pannolino • infezioni batteriche (es. impetigine), virali (es. herpes simplex, herpes zoster, varicella) e micotiche (es. candida o dermatofiti) • tubercolosi • sifilide • reazioni alle vaccinazioni **4.4) Avvertenze speciali e precauzioni di impiego** Evitare il contatto con gli occhi e l'uso sulle palpebre. Mundoson 1 mg/g crema non deve essere applicato sulle lesioni della cute e sulle mucose. Usare cautela nei pazienti ipersensibili ad altri corticosteroidi. Se con l'uso di Mundoson 1 mg/g crema si manifesta irritazione o sensibilità, interrompere il trattamento e usare una terapia appropriata. Dovesse manifestarsi un'infezione, usare un adeguato antimicotico o antibatterico. Se non si ottiene un immediato effetto positivo, interrompere l'uso del corticosteroide finché l'infezione è adeguatamente controllata. È comune il manifestarsi di tossicità locale e sistemica in seguito a un uso prolungato su vaste zone cutanee, nelle pieghe della cute e in caso di occlusioni. È necessario usare cautela in caso di applicazioni su estese parti del corpo ed evitare un uso prolungato in tutti i pazienti, indipendentemente dall'età. In caso di psoriasi, gli steroidi topici possono essere pericolosi per varie ragioni incluse recidive dovute a sviluppo di tolleranza, rischio di psoriasi pustolosa generalizzata e sviluppo di tossicità locale e sistemica dovuta a una danneggiata funzione di barriera della pelle. È importante controllare i pazienti con psoriasi che ne fanno uso. Come con tutti i glucocorticoidi topici potenti, evitare d'interrompere improvvisamente il trattamento. Quando si interrompe l'uso prolungato di potenti glucocorticoidi, si possono manifestare recidive nella forma di dermatiti con intenso rossore, irritazione e bruciore. Ciò può essere prevenuto riducendo gradualmente il trattamento, per esempio somministrando a intermittenza il prodotto prima della sospensione definitiva. In alcuni pazienti possono manifestarsi iperglicemia e glicosuria per effetto dell'assorbimento sistemico. I glucocorticoidi possono modificare l'aspetto di alcune ferite rendendo difficile la diagnosi e possono anche ritardare la guarigione. Mundoson 1 mg/g crema contiene l'alcol cetostearilico e l'alcol cetilico che possono provocare reazioni cutanee localizzate (ad es. dermatite da contatto) e l'idrossitoluene butilato che può provocare reazioni cutanee localizzate (ad es. dermatite da contatto) o irritazione agli occhi e alle mucose. **4.5) Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Non sono stati eseguiti studi sulle interazioni. **4.6) Fertilità, gravidanza e allattamento Fertilità** Nessun effetto noto. **Gravidanza** I corticosteroidi attraversano la placenta. Sono disponibili dati limitati sull'uso topico del mometasone durante la gravidanza. Dopo l'uso sistemico di alte dosi di corticosteroidi sono stati descritti effetti sul feto/neonato (ritardo della crescita intrauterina, soppressione corticosurrenale, palatoschisi). Studi nell'animale hanno evidenziato tossicità riproduttiva e teratogenesi (vedere paragrafo 5.3); non è noto il potenziale di rischio per l'uomo. Sebbene l'esposizione sistemica sia limitata, Mundoson 1 mg/g crema deve essere somministrato in gravidanza solo in seguito a un attento esame dei rischi e dei benefici. **Allattamento** Non è noto se il mometasone è escreto nel latte materno. Mundoson 1 mg/g crema deve essere somministrato nelle madri in allattamento solo in seguito a un attento esame dei rischi e dei benefici. Durante l'allattamento Mundoson 1 mg/g crema non deve essere applicato nell'area della mammella. **4.7) Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Mundoson 1 mg/g crema non ha effetti o ne ha trascurabili sulla capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. **4.8) Effetti indesiderati** Le reazioni avverse sono riportate nella Tabella 1 secondo la classificazione sistemica d'organo MedDRA e nel seguente ordine decrescente di frequenza: molto comune ( $\geq 1/10$ ), comune ( $\geq 1/100 - < 1/10$ ), non comune ( $\geq 1/1.000 - < 1/100$ ), raro ( $\geq 1/10.000 - < 1/1.000$ ), molto raro ( $< 1/10.000$ ), non noto (la frequenza non può essere valutata sulla base dei dati disponibili). Gli effetti collaterali connessi all'uso di creme contenenti corticosteroidi includono: **Tabella 1. Reazioni avverse correlate al trattamento e riportate per sistema d'organo e frequenza**

Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	
Comuni	Lieve moderato bruciore al sito di applicazione, irritazione, prurito, infezioni batteriche, parestesia, foruncolosi, locale atrofia cutanea.
Non comuni	Strie, irritazione, iperticosi, ipopigmentazione, dermatite periorale, macerazione cutanea, dermatite allergica da contatto, rosacea papulosa tipo dermatite (cute del viso), reazioni acneiformi, fragilità capillare (ecchimosi), miliaria, secchezza, sensibilizzazione (mometasone), follicolite.
Infezioni e infestazioni	
Non comuni	Infezioni secondarie.
Patologie vascolari	
Molto rare	Teleangectasie.

Il rischio di effetti indesiderati locali e sistemici aumenta con l'applicazione di dosi frequenti, trattamenti su aree cutanee estese o per un lungo periodo o con bendaggio occlusivo. In seguito all'uso di steroidi, in casi isolati (rari), sono state osservate ipopigmentazione o iperpigmentazione quindi ciò può avvenire anche con Mundoson 1 mg/g crema. Effetti collaterali riscontrati con glucocorticoidi sistemici, inclusa la soppressione corticosurrenale, possono manifestarsi anche con glucocorticoidi

topici. I pazienti pediatrici possono mostrare una maggiore sensibilità rispetto ai pazienti maturi alla soppressione dell'asse ipotalamico-pituitario-surrenale e sindrome di Cushing in seguito all'uso dei corticosteroidi topici dovuta al maggior rapporto estensione cutanea / peso corporeo. La terapia cronica con corticosteroidi può interferire con la crescita e lo sviluppo dei bambini. In seguito a trattamento con corticosteroidi topici in pazienti pediatrici, si sono osservate forme di ipertensione intracranica quali fontanella sporgente, mal di testa e papilledema bilaterale. **Segnalazione delle reazioni avverse sospette** La segnalazione delle reazioni avverse sospette che si verificano dopo l'autorizzazione del medicinale è importante, in quanto permette un monitoraggio continuo del rapporto beneficio/rischio del medicinale. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta tramite l'Agenzia Italiana del Farmaco, sito web: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/responsabili>. **4.9) Sovradosaggio** L'uso prolungato eccessivo di corticosteroidi topici può portare alla soppressione della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), provocando insufficienza corticosurrenale secondaria. In tal caso, con le precauzioni richieste in queste circostanze, è necessario ridurre la frequenza delle applicazioni o cercare di sospendere il trattamento. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1) Proprietà farmacodinamiche** Gruppo farmacoterapeutico: corticosteroidi, potenti (Gruppo III). Codice ATC: D07AC13. Mundoson 1 mg/g crema è un potente glucocorticoide, gruppo III. Il principio attivo, mometasone furoato, è un glucocorticoide di sintesi non fluorurato e con un estere furoato in posizione 17. Come altri corticosteroidi topici, il mometasone furoato ha una marcata azione antinfiammatoria e antipsoriasica nei modelli predittivi standard nell'animale. Mundoson 1 mg/g crema ha mostrato una risposta farmacodinamica (vasocostrittiva) equivalente al prodotto di riferimento contenente 1mg/g di mometasone furoato quando applicato alla cute normale. Il rapporto tra gli AUC di Mundoson 1 mg/g crema e del prodotto di riferimento è risultato essere 97,06% nei test di vasocostrizione. L'indice terapeutico (rapporto tra effetti voluti ed effetti indesiderati) riscontrato in letteratura mostra che il mometasone è un glucocorticoide topico in cui gli effetti desiderati superano ampiamente quelli non voluti. Con il test dell'olio di croton nel topo, il mometasone ( $ED_{50} = 0,2 \mu\text{g}/\text{orecchio}$ ) è risultato di efficacia comparabile al betametasonone valerato dopo singola applicazione, e circa 8 volte più potente dopo cinque applicazioni ( $ED_{50} = 0,002 \mu\text{g}/\text{orecchio}/\text{giorno}$  vs.  $0,014 \mu\text{g}/\text{orecchio}/\text{giorno}$ ). Nelle cavie, dopo 14 applicazioni, il mometasone è risultato circa due volte più potente del betametasonone valerato nel ridurre l'acantosi indotta da malassezia ovalis (attività antipsoriasica). **5.2) Proprietà farmacocinetiche** I risultati degli studi sull'assorbimento percutaneo hanno dimostrato che è minimo l'assorbimento sistemico dopo l'applicazione topica di mometasone furoato 0,1% crema. I risultati mostrano che circa lo 0,4% della sostanza attiva è assorbita attraverso la cute intatta in 8 ore (in assenza di bendaggio occlusivo). È stato impossibile caratterizzare i metaboliti a causa delle piccole quantità presenti nel plasma ed escrate. **5.3) Dati preclinici di sicurezza Tossicità acuta**

Tipo di animale	Tipo di applicazione	LD <sub>50</sub> (mg/kg)
Topo	sottocutanea	200 - 2000
Ratto	sottocutanea	200
Cane	sottocutanea	>200
Topo	orale	>2000
Ratto	orale	>2000

**Tossicità cronica** In vari studi sulla tossicità in seguito a somministrazione cronica di quantità eccessive (670 volte la dose terapeutica di principio attivo applicato per 6 mesi, sono stati rilevati solo i sintomi tipici del sovradosaggio da corticosteroidi: ridotto aumento ponderale, atrofia muscolare, distensione addominale, diminuzione dei linfociti e dei granulociti eosinofili e aumento dei leucociti neutrofili, aumento delle transaminasi sieriche (SGPT e SGOT), del colesterolo e dei trigliceridi, lipidemia, modificazioni degli organi (atrofia della milza e del timo, atrofia cutanea localizzata, aumento del peso del fegato e dei reni e ridotta osteogenesi). Generalmente, queste modificazioni sono più pronunciate e frequenti negli animali a cui era stato somministrato il farmaco di confronto, il betametasonone valerato. Nessuno dei due farmaci ha presentato effetti sistemici insoliti. **Genotossicità** Gli studi sulle mutazioni genetiche hanno dato risultati negativi. Tuttavia, in vitro il mometasone induce mutazioni cromosomiche, ma solo a concentrazioni tossiche a livello cellulare. Simili effetti non sono stati osservati negli studi in vivo, pertanto il rischio di mutagenicità può essere escluso con sufficiente certezza. **Cancerogenesi** Sono stati condotti studi di cancerogenesi a lungo termine con somministrazione di mometasone furoato per via inalatoria nel ratto (2 anni) e nel topo (19 mesi). Non si è osservato un aumento significativo dell'incidenza dei tumori con dosi fino a 67 mcg/kg nel ratto o 160 mcg/kg nel topo. **Tossicità riproduttiva** Gli studi nell'animale sull'effetto del mometasone furoato sullo sviluppo embrionale nei conigli hanno mostrato diminuzioni del peso corporeo a partire da 0,15 mg/kg pc in su. Nel coniglio, dopo il trattamento topico si sono osservate varie malformazioni della prole, come zampe anteriori deformi, palatoschisi, agenesia della cistifellea ed ernia ombelicale. Nel ratto sono stati osservati effetti embriofetali a partire da 7,5  $\mu\text{g}/\text{kg}$  pc (per via sottocutanea) e sviluppo ritardato a partire da 0,3 mg/kg pc (per via topica) (diminuzione del peso corporeo, ossificazione ritardata) e aumento farmaco-dipendente delle ernie ombelicali. Quando il farmaco è stato somministrato alle madri in prossimità della data del parto si sono riscontrati un travaglio più lungo e un parto più difficile. Il mometasone furoato non ha dimostrato alcun effetto sulla fertilità nei ratti. **6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Elenco degli eccipienti** Acqua purificata, Paraffina morbida bianca (contenente idrossitoluene butilato come antiossidante), Paraffina liquida, 2-metilpentano-2,4-diolo, Alcol cetostearilico emulsionante (tipo A, contenente fosfato bisodico/ idrogenofosfato di potassio per l'aggiustamento del pH), Macrogol cetostearil etero, Alcol cetilico, Glicerolo, Acido citrico anidro, Citrato sodico, Gomma xanthan. **6.2) Incompatibilità** Nel trattare i genitali o la zona anale, Mundoson 1 mg/g crema può comportare la riduzione della funzionalità dei prodotti in lattice (es preservativi, diaframmi), se usati contemporaneamente, a causa degli eccipienti paraffina morbida bianca e paraffina liquida e può quindi danneggiarne la sicurezza. **6.3) Periodo di validità** Validità del medicinale nella confezione per la vendita: 24 mesi. Validità dopo prima apertura: 6 mesi **6.4) Precauzioni particolari per la conservazione** Non conservare a temperatura superiore a 25° C. **6.5) Natura e contenuto del contenitore** La crema è contenuta in un tubo laminato di PE/alluminio con tappo a vite in polipropilene bianco, in una scatola di cartone. Confezione da 1 tubo. Tubi contenenti 10 g, 15 g, 20 g, 25 g, 30 g, 35 g, 50 g, 60 g, 70 g, 90 g e 100 g di crema. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6) Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Almirall Hermal GmbH, Scholtzstrasse 3, 21465 Reinbek, Germania - Tel: +49 40 727 04 0 - Fax: +49 40 7229296 - e-mail: [info@hermal.de](mailto:info@hermal.de) **8) NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 042712012 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 10 G • 042712024 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 15 G • 042712036 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 20 G • 042712048 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 25 G • 042712051 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 30 G • 042712099 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 35 G • 042712063 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 50 G • 042712075 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 60 G • 042712101 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 70 G • 042712113 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 90 G • 042712087 - "1MG/G CREMA" 1 TUBO IN PE/AL DA 100 G **9) DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** Agosto 2013 **10) DATA DI REVISIONE DEL TESTO** 12/2013

# LE PARASSITOSI CUTANEE COMUNITARIE

TRA PSEUDO-ALLARMISMI, PROBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE E ASPETTI LEGALI

Valerio Cirfera – Dermatologo, Presidente CeSIDeL  
Centro Studi Italiano Dermatologia Legale



## INTRODUZIONE

Le parassitosi cutanee rappresentano problematiche di sanità pubblica, ancor oggi, fonte di eccessivo, quanto ingiustificato allarmismo e disagio individuale, familiare e sociale; gli atti di denuncia, dovuti per legge, culminano nella richiesta ed effettuazione di indagini epidemiologiche da parte delle autorità sanitarie competenti, al fine del riscontro diagnostico-causale e dello studio epidemiologico della malattia. In casi particolari, tali atti non rimangono confinati in un ambito prettamente sanitario, ma finiscono per coinvolgere l'autorità giudiziaria per la contestazione di danni ingiusti o presunti tali. La comunicazione e il dialogo tra i professionisti della salute e tra essi e i pazienti, nonché la corretta informazione e l'educazione sanitaria costituiscono condizioni essenziali per sensibilizzare e sottolineare quotidianamente l'importanza della prevenzione, attuabile mediante norme comportamentali per evitare il diffondersi delle epidemie, gestirle, contenerle o risolverle. Le parassitosi cutanee di più frequente interesse socio-sanitario sono individuabili in due grandi gruppi nosologici: le pediculosi e le acariasi, di cui la scabbia ne rappresenta la forma maggiore. L'approccio clinico e diagnostico è simile in entrambi i gruppi di dermatosi e prevede la valutazione dei segni soggettivi e obiettivi dell'infestazione, volti all'individuazione dell'agente causale per via indiretta e/o diretta, quest'ultima con l'ausilio di tecniche visive strumentali. Il sospetto o la certezza diagnostica consentono l'attivazione professionale interdisciplinare di interventi e procedure finalizzate a limitare o eliminare il rischio clinico, epidemiologico e medico-legale consequenziale. Data la globale vastità dell'argomento e la molteplicità e varietà degli aspetti ad esso correlati, la trattazione in tale sede si articolerà in due parti, la

prima delle quali è dedicata al tema delle pediculosi e la seconda a quello della scabbia.

**Parole chiave:** parassitosi – inchieste epidemiologiche – prevenzione

## Parte Prima PEDICULOSI



### 1. RICHIAMI DI ENTOMOLOGIA

Le pediculosi sono dovute ad artropodi atteri e anopluri, insetti privi di ali e coda, ectoparassiti ematofagi obbligati dei mammiferi in quanto infestano la loro cute e annessi piliferi, nutrendosi esclusivamente del loro sangue, motivo per cui il colorito grigiastro di base vira verso il rossastro dopo il pasto. Delle specie appartenenti all'ordine degli Anoplura o Phthiraptera, solo due infestano l'uomo, condizione ed evenienza [1] nota sin dall'antichità: *Pediculus humanus*, subspecies *capitis* e *corporis* e *Phthirus pubis*.

Il *P. H. Capitis* (Fig. n. 1) è un piccolo insetto di colore grigiastro, lungo circa 2 mm il maschio e 3 mm la femmina; ha sei corte zampe che gli consentono di spostarsi rapidamente, senza però che sia in grado di saltare o volare da un cuoio capelluto all'altro, ciascuna munita di un robusto uncino terminale, con cui ben si ancora alla cute per pungerla e succhiare il sangue dalla rete vascolare dermica, anche più di 5 volte al giorno. Il suo ciclo vitale si svolge completamente sul cuoio capelluto dell'uo-

Fig. n. 1. LENDINE

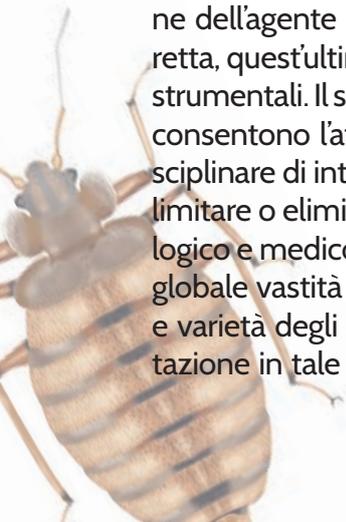


Fig. n. 1. LENDINE PIENA  
A - immagine al Microscopio Ottico



tre stadi, uovo - ninfa o forma immatura e adulto, in circa 1-2 mesi, non sopravvivendo al di fuori di esso per più di 2-3 giorni. La femmina vive in media 3-6 settimane e, dopo essere stata fecondata, depone circa 4-6 uova al giorno (G. Viglizzo, O. Nemelka, D. Bleidl, C. Uccella), fino a 8-10 (G. Leigheb), di 0,3 x 0,8 mm, denominate lendini, alla base del capello, su cui si fissano tenacemente per mezzo di una sostanza simil-collosa da essa stessa prodotta; per questa ragione, man mano che il capello cresce, aumenta anche la loro distanza dal cuoio capelluto, cosicché conoscendo il ritmo di crescita giornaliero del capello, circa di 0,4 mm/die e il lasso di tempo di maturazione delle lendini fino alla loro chiusura, periodo di incubazione, di circa 7-10 giorni, si può affermare che le uova site a meno di un centimetro dalla superficie del cuoio capelluto, secondo alcuni autori a meno di 0,65 cm [2], sono vitali, ossia piene, caratterizzate da un colorito brunastro, mentre se reperibili ad una distanza maggiore sono, molto probabilmente, vuote, riconoscibili per il caratteristico colorito bianco-grigiastro, traslucido, dovuto al fatto che le larve sono già uscite e al loro posto c'è aria o che il trattamento le ha inattivate [3]. In entrambi i casi hanno una forma tipicamente allungata e dimensioni intorno al millimetro. A loro volta le larve vitali, denominate ninfe, simili agli insetti adulti ma più piccoli, come una punta di spillo, maturano in circa 7-14 giorni. Una volta adulte si riproducono e sono in grado di passare da una parte all'altra del cuoio capelluto e tra esso e un altro, muovendosi velocemente, evenienza che presuppone un contatto fra essi o un mezzo di trasporto. Il periodo di contagiosità coincide con il tempo necessario affinché le uova, le larve e gli insetti adulti vengano distrutti ed eliminati, ovvero il rischio di contagiosità persiste fino a che essi rimangano vitali [4].

Il *P.H. Corporis* dal punto di vista morfologico assomiglia al *P.H. Capitis*, da cui se ne differenzia per le dimensioni lievemente maggiori e la sede corporea infestata in soggetti che, abitualmente, non curano l'igiene della propria persona o vivono nell'indigenza più assoluta,

in comunità prive o con insufficienza dei servizi igienici più elementari, senza mezzi efficaci di sostentamento, indossando per lunghi periodi di tempo gli stessi indumenti, su cui i parassiti depositano le uova, che qui possono vivere fino ad anche 1 mese; per questo tale infestazione è nota anche sotto il nome di malattia dei vagabondi [5]. Rispetto al *P.H. Capitis*, può essere responsabile di trasmettere alcune malattie infettive [6], quali il tifo esantematico dovuto alla *Rickettsia provazeki*, la febbre delle trincee (*Rochalimaea Quintana*) e la febbre ricorrente cosmopolita (*Borrelia Recurrentis*). E' anch'esso ematofago, di colore grigio, tendente al rosso dopo aver succhiato il sangue. Deposita le uova tra le fibre tessili dei vestiti, dove vi si ritrova anche il parassita adulto, che sosta normalmente sulla cute solo per il tempo di nutrirsi (G. Scanni). Le lendini si schiudono dopo 6-8 giorni, le ninfe subiscono tre mute e raggiungono la maturità in 8-10 giorni. La femmina depone le prime uova nel giro di 6-10 giorni dalla fecondazione; la vita di un pidocchio adulto è di 17-28 giorni.

Il *Phthirus Pubis*, denominato piattola per la sua forma tozza e schiacciata, ovale, lungo circa 1,2 x 0,8 è responsabile della pediculosi pubica; ha grossi artigli sulle zampe, con i quali si àncora ai peli del pube, durante le pause di riposo. Staccato dal pelo e messo lontano dal suo ospite si muove lentamente. Le uova o lendini, ovalari, a calice allungato, del diametro massimo di un millimetro, di colore opalescente, sono depositate sui peli a cui aderiscono con una sostanza collosa prodotta dalla femmina adulta. Si schiudono in una settimana, dando luogo al parassita che raggiunge la maturità sessuale circa dopo 8-10 giorni.

## 2. CONTAGIO

Il contagio della pediculosi del capo avviene per contatto o trasmissione interumana diretta, da un cuoio capelluto ad un altro e, in minor misura, mediante mezzi o effetti personali interscambiabili, su cui è rinvenibile l'insetto. La tra-

smissione indiretta avviene attraverso oggetti di l'abbigliamento, come i cappelli, cuffie, berretti, fasce paraorecchie, scialli, sciarpe, giacche, ecc., o l'uso in comune del guardaroba e di oggetti per la cura della persona, come spazzole per capelli, pettini, ecc., o per mezzo della biancheria da letto e cuscini, le spalliere imbottite delle sedie, poltrone e quant'altro possa essere usato in comune, specie con continuità, come avviene in una collettività o nell'ambito familiare. I fattori predisponenti sono rappresentati dall'età scolare, dal sesso femminile, dai capelli lisci e dal contatto continuato. Il contagio della pediculosi del corpo è favorita, invece, dalle precarie condizioni igienico-sanitarie e nutrizionali e avviene tramite scambi e contatto con effetti personali infestati, in primis biancheria intima, vestiti, coperte e lenzuola. La pediculosi del pube si trasmette per stretto contatto fisico, quasi esclusivamente per via sessuale, tanto da essere considerata una **MALATTIA SESSUALMENTE TRASMISSIBILE**, altamente contagiosa. In base all'esperienza personale, dopo un solo rapporto con un partner infestato, il rischio di contrarre l'affezione è di circa l' 80-90%. E' possibile, anche, una trasmissione attraverso la biancheria intima.

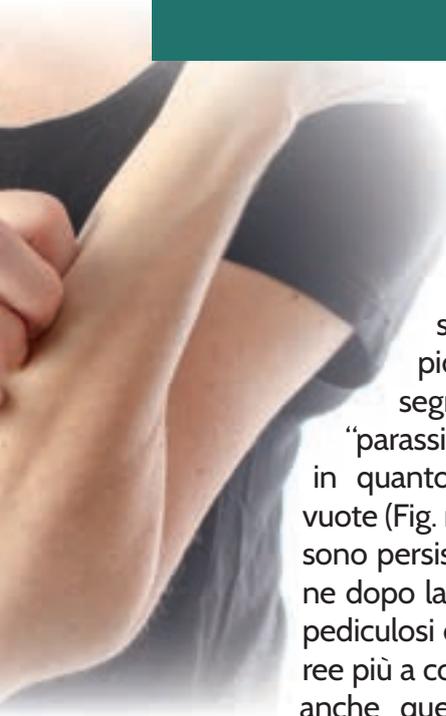
P.H. Capitis alla barba o altre sedi, mentre la localizzazione alle ciglia, che può dare luogo ad una manifestazione patologica simile ad un orzaiolo, è prerogativa tipica del P. Pubis. Ad un attento esame obiettivo tra i capelli, preferibilmente eseguito con lente di ingrandimento e a luce naturale, le lendini si notano soprattutto a livello nucale e dietro le orecchie, come piccoli granelli allungati bianchi, traslucidi differenziabili dalle scaglie di forfora per la difficoltà di essere staccati dal capello per le ragioni su rappresentate. I risultati diagnostici più affidabili si ottengono con l'uso di un pettine [3] a denti stretti, tra loro distanti 0,2-0,3 mm, su capelli asciutti o umidi. Il pettine va appoggiato sul cuoio capelluto e tirato giù con fermezza, ciocca per ciocca, osservando la presenza di elementi adulti o lendini dopo ogni manovra, da effettuare più volte su tutto il cuoio capelluto. I pettini da utilizzare sono quelli forniti nelle confezioni dei prodotti antiparassitari utili sia per la rilevazione sia per l'eventuale eliminazione manuale delle uova, in associazione al trattamento con prodotti chimici, oppure le "pettinnelle" per la crosta latte, che però hanno denti corti e sono di materiale più elastico, che può non trattenere le lendini. La diagnosi di sospetto di pediculosi del capo è posta sulla rilevazione della sintomatologia pruriginosa tipica a livello delle sedi cutanee caratteristiche, in soggetti a rischio e dalla obiettività clinica; un segno aggiuntivo da prendere in considerazione è il reperimento sul cuscino di prodotti di derivazione, come le feci, di colorito rosso scuro. Comunque la semplice ispezione dei capelli spesso non consente di porre la diagnosi di certezza, perché il 30-40 % dei casi possono non essere riconosciuti [8], per la difficoltà di reperire il parassita vivo, che si muove ad una velocità di 6-30 cm al minuto [9], difficoltà inversamente proporzionale alla densità della colonia infestante. In alternativa, è accettabile una diagnosi di alta probabilità nel reperimento delle lendini, anche

22

### 3. RIFERIMENTI CLINICI E APPROCCIO DIAGNOSTICO

I bambini infestati dal P.H.Capitis lamentano prurito di entità e andamento temporale variabile, di solito intenso, specie a livello occipitale e parietale, lesioni eritematose circoscritte o diffuse, a cui possono seguire lesioni da grattamento, come abrasioni ed escoriazioni anche gravi, complicanze infettive locali batteriche e linfadenopatia reattiva cervicale in una minoranza di casi. Il prurito è dovuto sia al morso del pidocchio sulla cute, sia alla reazione irritativa-allergica che si sviluppa in seguito alla deposizione della saliva nell'epidermide. Questa reazione impiega giorni o settimane per estrinsecarsi, per cui, quando il prurito si manifesta, l'infestazione è già vecchia (Flinders). Eccezionalmente si può avere il passaggio del

Fig. n. 2. PH



se come già prospettato, la sola presenza di lendini, ancorché segno di sospetta infestazione e contatto con il pidocchio, non è di per sé segno di certezza di attività “parassitaria contagiosa” in atto, in quanto esse possono essere vuote (Fig. n. 1); le uova, infatti, possono persistere vuote per settimane dopo la terapia [9, 10, 11]. Nella pediculosi del corpo, le sedi corporee più a contatto con i vestiti sono anche quelle più interessate dal

prurito, di solito intenso e persistente e foriero di non poche complicanze escoriativie, infettive e lichenificazione della cute. Concomitano lesioni eritemato-papulose in sede di puntura dell'artropode e potenziali complicanze infettive, dovute a trasmissione di microrganismi patogeni per l'uomo, di cui il P.H. Corporis può essere vettore, come già accennato. Il P.H. Capitis, al contrario, non arreca danni permanenti alla salute. La parassitosi del pube è caratterizzata da prurito intenso in sede pilifera alla regione inguinale, al pube e alla faccia interna delle cosce e in minor misura a livello delle ascelle, ciglia, sopracciglia, barba e tronco, allorché l'infestazione si sia disseminata. L'esame obiettivo consente di osservare adesivi ai peli i parassiti e le loro uova; sono inoltre presenti sulla cute piccole macule bluastre o macule cerulee, costituenti un segno di alta probabilità diagnostica, conseguenti all'azione

tossica del secreto salivare del parassita sul sangue dell'ospite, per denaturazione dell'emoglobina [5]. In tutte le forme di parassitosi, la diagnosi di certezza trova degli ausili insostituibili nel comune microscopio ottico in vitro e in ulteriori tecniche visive strumentali moderne, sempre più diffuse e accessibili, come il dermatoscopio o il videodermatoscopio, che permettono la valutazione morfologica dell'insetto in vivo [Fig 2]. La diagnosi differenziale deve essere posta tra la pediculosi del capo e la pitiriasi steatoide o comune forfora, la dermatite seborroica, per

via delle lesioni eritematose al cuoio capelluto, la psoriasi localizzata in sede parieto-occipitale, la pseudo-tigna amiantacea, tricoressi nodosa, il lichen simplex cronico, l'impetigine e follicolite, queste ultime possibili complicanze della pediculosi. Nelle restanti forme di pediculosi la diagnosi differenziale va posta con le dermatosi pruriginose loco-regionali primitive e secondarie. La diagnosi di certezza ha un valore non solo clinico-terapeutico, ma anche medico-legale nelle controversie tra privati o tra questi e strutture sanitarie e/o comunitarie, allorché è presentata una denuncia per risarcimento danni da contagio prevedibile e prevenibile.

#### 4. PROCEDURE DI GESTIONE E PROFILASSI DELLE PEDICULOSI

Sebbene le ectoparassitosi non siano delle affezioni gravi e rischiose per la salute, eccezion fatta per casi particolari, quali la pediculosi del corpo in pazienti immunocompromessi e la scabbia norvegese, è ugualmente

necessario la messa in atto rapida, al momento della diagnosi sospetta o certa, di tutte quelle procedure terapeutiche e profilattiche finalizzate a “bonificare il caso indice e/o i casi costituenti focolaio epidemico, ridurre il rischio di cronicizzazione, prevenirne la diffusione, interrompendo la catena di contagio per tutelare la collettività nell'ambito di una collaborazione attiva tra sanitari, comunità colpite e famiglie dei soggetti infestati. Si tratta di provvedimenti eterogenei (Tab. n.1), non ancora univocamente standardizzati, di ordine epidemiologico, igienico-sanitario e preventivo, clinico-terapeutico e medico-legale rivolti all'ammalato e ai suoi contatti, in accordo con le vigenti normative di settore e consistenti nella notifica di malattia agli organi competenti che, in virtù di essa, attiveranno l'indagine epidemiologica, i programmi di educazione sanitaria per i singoli e la co-



munità di riferimento, le misure di prevenzione dirette e indirette, oltre alla terapia specifica in base al caso concreto, di concerto con l'autorità scolastica, i medici curanti, i direttori di strutture sanitarie in cui il paziente è ricoverato o i responsabili delle comunità socio-assistenziali in cui egli vive e il dermatologo nei casi complessi e di incertezza diagnostica (Tab. n. 2)

Tabella n. 1 - Procedure di gestione e profilassi



delle patologie infettive. Dopo aver ricevuto la notifica del singolo o di più casi, si attiva ad adempiere alle sue funzioni inerenti la gestione e l'inoltro di tale denuncia agli enti preposti della regione e del ministero della salute, nel caso trattasi di focolai epidemici, secondo le modalità previste dal DM 15.12.90 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive", l'avvio e l'attuazione dell'indagine epidemiologica per fotografare la situazione in atto, la disposizione di tutte le misure di profilassi previste, allo scopo di interrompere la catena di trasmissione e, in particolare, controllare i "contatti" dei soggetti infestati. Prerogativa del SISP è lo sviluppo di un piano di informazione ed educazione sanitaria e comportamentale rivolto al soggetto ammalato, alla sua famiglia, alla comunità di appartenenza, ivi inclusa quella scolastica e la popolazione in generale in tema di prevenzione. Il SISP, inoltre, ha fra i suoi compiti istituzionali quello di intraprendere iniziative, ove possibile, di formazione dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta e farmacisti nello specifico tema. L'ASL provvede autonomamente alla redazione del materiale informativo, modellandone i contenuti in base alla situazione locale. Altro ruolo è quello di suggerimento di un trattamento idoneo dei bambini e loro contatti infestati, preferibilmente nell'ambito di un'intesa con i sanitari curanti e gli specialisti. Infine, il SISP è deputato alla segnalazione al capo dell'Istituto Scolastico l'elenco dei bambini infestati, che potranno proseguire la frequenza scolastica, previa certificazione medica di avvenuto idoneo trattamento e guarigione. Il controllo sistematico dei bambini, ossia lo screening [12-13] da parte del SISP, in assenza di casi denunciati, è una procedura di comprovata inutilità e pertanto non raccomandabile; parimenti, non vi sono evidenze a sostegno dell'utilità del controllo sistematico dei bambini da par-



RESPONSABILE DI STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO ASSISTENZIALE

## A. RUOLO DEL SISP

Il SISP è l'autorità dell'ASL sul cui territorio si è verificato il caso indice o il focolaio epidemico ed è rappresentato dai sanitari del Servizio di Igiene, Profilassi e Sanità Pubblica a cui devono pervenire le denunce di Pediculosi e/o di scabbia, che costituiscono una problematica importante di sanità pubblica; è, quindi, l'organo istituzionale deputato a rappresentare il punto di riferimento sul territorio di tutte le istanze inerenti la problematica, con particolare riguardo alla sorveglianza epidemiologica



FAMIGLIA

te del SISP in corso di epidemia, per cui anche tale procedura non è raccomandata. Nel controllo delle epidemie appare cruciale, invece, l'attività educativa, soprattutto istruttiva nella ricerca dei parassiti da parte dei genitori nei confronti dei propri figli e nell'attuazione delle giuste procedure curative [14-15], perché i fallimenti terapeutici (e quindi il perpetuarsi delle epidemie) sono generalmente correlati all'uso improprio dei prodotti o all'uso di prodotti inefficaci.



AUTORITÀ SCOLASTICHE



DERMATOLOGO

La programmazione dell'attività dei

SISP ai fini della prevenzione e del controllo della pediculosi deve in ogni caso tenere conto delle risorse disponibili.

## B. CENNI DI EPIDEMIOLOGIA

L'epidemiologia è la scienza che studia nel tempo lo stato di salute di una popolazione in rapporto al territorio, all'ambiente e al modo in cui essa vive e gli eventi morbosi che ne possono condizionare l'integrità, i loro fattori favorenti e quelli ostativi, allo scopo ultimo di arginare e prevenire i primi e perseguire i secondi. La conoscenza dei dati generali epidemiologici di una malattia infettiva o infestazione che sia, nella fattispecie delle pediculosi, è presupposto essenziale per inserire, integrare e riportare le risultanze di una indagine epidemiologica specifica, relativa al caso concreto che, in tal modo, sarà più adeguatamente interpretato e affrontato.

Tabella n.3



## DATI EPIDEMIOLOGICI GENERALI

La pediculosi del capo è nota per essere causa di piccole, ma abbastanza frequenti, epidemie in ambito scolastico, senza tuttavia esserne altrettanto nota la reale ricorrenza o frequenza, sia in termini di incidenza che prevalenza, in quanto anche nei paesi in cui la denuncia è obbligatoria, i casi denunciati sono sempre molto di meno rispetto a quelli effettivi o non denunciati [3]. Vero è che, negli ultimi anni il fenomeno invece di ridursi, come per gran parte delle altre infezioni e infestazioni, si è addirittura accresciuto nel mondo e nel nostro Paese. In accordo con Meinking et al. (2002) il numero dei casi di pediculosi del capo e del corpo sono stimati in più di 100 milioni in tutto il mondo [16] e negli USA si calcola che 5 milioni di bambini tra i 6 e i 12 anni siano ogni anno infestati da pidocchi del capo [17]. In Europa, l'incidenza nei bambini in età scolare va dal 25% in Gran Bretagna al 49% in Francia



[18-24]. Dai dati ministeriali si desume che in Italia dal 1989 al 2000 sono stati notificati dai 3.000 ai 5.000 casi per anno, con una prevalenza nella popolazione generale intorno al 2,5% [2], ma negli anni 2002-2004 è stata raggiunta e superata la cifra record di 10.000 casi, dei quali il 70% circa riguarda soggetti di età inferiore ai 15 anni. Negli Stati Uniti è stato calcolato che nel 1998 sono stati persi, a causa dei pidocchi, da 12 a 24 milioni di giorni di scuola [19], ma a parte tutto questo, la pediculosi comporta un elevato carico economico: viene stimato che la farmacoterapia della pediculosi da sola costi negli USA 240 milioni di dollari ogni anno, cifra che si eleva a 1 miliardo di dollari, se si aggiungono i costi indiretti [20]. Si può quindi concludere che la pediculosi del capo è un'infestazione diffusa in tutto il mondo, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche e dello stato socio-culturale, dalla frequenza dei lavaggi e lunghezza dei capelli; è più comune (70%) [21] nei bambini di età compresa tra i 3 e gli 11 anni, che possono essere colpiti nell'ambito di piccoli focolai epidemici nelle comunità della scuola dell'infanzia, in particolare nei mesi freddi, ma anche estivi, per esempio durante i soggiorni in colonia, con una incidenza che va dal 5 al 22% [22], con predilezione per le bambine, in quanto fra esse è più naturale e ricorrente il gioco in gruppetti in cui lo stretto contatto e lo scambio di capi di vestiario, di spazzole, pettini, sciarpe o cappelli e di gioco con le bambole è frequentissimo [2]. L'incidenza di essa è più bassa nella razza nera, probabilmente perché i capelli crespi costituiscono un "locus" meno ottimale per essere parassitato oppure perché topici oleosi, utilizzati per tradizione da tali popolazioni per stirarli e appiattirli, hanno un effetto protettivo nei confronti dell'infestazione, favorendo il soffocamento del pidocchio [23]. Mentre è certa la trasmissione del parassita per contatto diretto, è invece controverso, comunque minore, il ruolo dei cosiddetti fomiti, ossia qualsiasi oggetto che entra in contatto con la testa, poiché vi sono pochi studi sperimentali al riguardo. Generalmente i pidocchi reperibili sui fomiti sono al termine del loro ciclo vitale e hanno una diminuita capacità contagiate 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 [24-25].

## INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA

Nell'ambito della profilassi delle malattie infettive, vengono svolte dal SISP le indagini epidemiologiche per conoscere la fonte, la causa e la prevalenza di infestazione, il periodo di incubazione e di contagiosità, i soggetti contagiati, i loro contatti e le modalità e gli eventuali veicoli della trasmissione dell'infestazione e del suo agente causale, al fine di interrompere la catena di diffusione della stessa, attraverso idonei interventi o prospettarne le reali possibilità di prevenzione (Tab. n. 4); è, quindi, una procedura sanitaria conoscitiva e nello stesso tempo operativa che rientra nella prevenzione diretta. Viene avviata a seguito della notifica di uno o più casi certi o sospetti di malattia ed è strutturata in modo da fornire i dati essenziali ed immediati sulla gravità della malattia segnalata, i principali sintomi e segni, la sua incidenza nell'ambito territoriale interessato, nel periodo temporale considerato. Nel foglio di inchiesta devono essere annoverati i dati necessari per la ricostruzione della storia del caso, dati anagrafici dei soggetti interessati, dati occupazionali di essi, segni clinici della malattia e dati temporali della malattia, luogo in cui si è realizzato il caso denunciato: domicilio, comunità scolastica o altro, data e luogo di eventuali ricoveri e loro durata, esami diagnostici effettuati e loro risultati, eventuali terapie instaurate, precedenti contatti con casi noti della stessa malattia, eventuali soggiorni estranei al luogo in cui è stato ravvisato il caso specifico, prima della malattia, specie se in comunità. Nel merito, l'indagine epidemiologica in caso di pediculosi, è rivolta ad individuare i contatti stretti, ossia ad alto rischio, come i conviventi, compagni di asilo nido e scuola materna ed elementare della stessa sezione, partner, compagni di camera in una qualsiasi collettività, college, caserma militare, centro accoglienza/



residenziale, compagni di gioco, soggetti che usano scambiarsi oggetti a rischio di rappresentare dei veicoli, o i contatti negli ospedali e le comunità socio-assistenziali per quanto riguarda le pediculosi del corpo e pube. Al momento dell'epidemia, scopo dell'indagine epidemiologica è definire un piano di controllo volto a individuare anche gli operatori scolastici, sanitari e di assistenza sintomatici o il rischio di contagio a carico di essi, concordare la definizione di caso sospetto e di caso accertato, preparare, quindi, una lista dei contatti da inviare al dermatologo, per l'immediata valutazione diagnostica e terapeutica.

sa delle peculiari modalità di contagio tra bambini, ne consegue che è fondamentale educarli ad evitare o almeno ridurre i comportamenti a rischio in presenza di casi sospetti, come ad es. ammuccchiare a scuola i capi di vestiario. La scuola e la famiglia sono le sedi naturali in cui una siffatta educazione comportamentale può essere intrapresa e portata avanti con successo. L'identificazione precoce del parassita e/o dei suoi prodotti attivi è l'unica misura, realmente efficace, di prevenzione, essendo stata appurata la dannosità o, quanto meno, l'inutilità dell'uso a scopo preventivo dei prodotti utilizzati nel trattamento farmacologico, per l'eliminazione dei pidocchi. Si può, quindi, arginarne e contenere la trasmissione della pediculosi attraverso un monitoraggio attento, tramite pettinatura a denti stretti, continuativa e periodica, va bene ogni 2-3 giorni dei soggetti infestati, una volta a settimana dei loro contatti e la messa in atto di alcune semplici precauzioni igienico-comportamentali suggerite dal SISP, ad integrazione delle misure specifiche terapeutiche consigliate dai medici curanti e dagli specialisti. Successivamente all'identificazione di un caso indice, tutti i conviventi devono essere controllati e trattati, se positivi; per coloro che condividono lo stesso letto con il soggetto infestato, è opportuno riservare il trattamento medico

dei casi positivi, indipendentemente dall'esito dell'accertamento. Una volta identificato il caso o i casi, è buona norma evitare l'uso comune di pettini, spazzole per capelli, berretti, sciarpe, scialli, asciugamani ecc., mantenere un'accurata e regolare cura dei capelli, controllandoli soprattutto nelle zone prossime alla nuca, alle tempie e alle orecchie, per bloccare tempestivamente la diffusione dei pidocchi in caso di infestazione, anche se, a differenza della pediculosi del corpo, quella del capo non sembra prediligere le condizioni di scarsa igiene. E' consigliabile intrecciare i capelli lunghi o legarli insieme, per ridurre il contatto da testa a testa.



## INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA FINALITÀ



INDIVIDUARE LA SORENTE E I VEICOLI DELL'INFEZIONE



IDENTIFICARE ALTRI CASI COLLEGATI ALLA SCOPERTA



IDENTIFICARE TEMPESTIVAMENTE I CONVIVENTI E I CONTATTI



DEFINIRE LA POPOLAZIONE ESPOSTA AL RISCHIO ALLO SCOPO DI ATTUARE LE MISURE DI SORVEGLIANZA E PREVENZIONE

Tabella n.3

### C. MISURE DI PREVENZIONE SUL TERRITORIO

Affrontare il problema "pediculosi" comporta che tutti gli attori coinvolti, famiglia, scuola, pediatri, medici di famiglia, dermatologi, servizi di Sanità Pubblica, direttori ospedalieri, farmacisti, agiscano in sinergia e collaborazione, giacché non è possibile una soluzione definitiva e non esistono interventi diretti di Sanità Pubblica capaci, da soli, di debellare la pediculosi. Le Misure di Prevenzione sono rivolte all'ammalato, ai suoi contatti e all'ambiente in cui vive. Premesso che è impossibile prevenire completamente le infestazioni da *Pediculus humanus capitis* a cau-





## MISURE DI BONIFICA DEI FOMITI

E' opportuno procedere al trattamento degli oggetti personali nel modo più opportuno; le spazzole, i fermagli e i pettini dovranno essere immersi per 10-60 minuti in acqua calda ad almeno 54° e/o lavati con shampoo antiparassitario o, eventualmente, aggiungendo all'acqua del lavaggio la stessa sostanza o farmaco usato in terapia, mentre per la biancheria, vestiti ed effetti lettereschi è sufficiente il solo lavaggio a caldo a 60° C in lavatrice o a secco per almeno 5-10 minuti, tempo sufficiente per distruggere uova e pidocchi; altrettanto efficace è la conservazione di tali materiali in sacchi di plastica per 10-14 giorni, nel caso in cui non possono essere lavati; lo stesso vale per giocattoli e pupazzi e "peluches", usati dai bambini

28

## BONIFICA AMBIENTALE

I pidocchi vivono esclusivamente sull'ospite umano e possono sopravvivere al di fuori della testa solo per 1-2 giorni, mentre le lendini per circa 10 giorni, dopo l'allontanamento dalla testa dell'ospite; i rari pidocchi riscontrati su cuscini, poltrone, cappelli, sono presumibilmente morti e difficilmente possono infestare una persona. Non è indicata, quindi, la disinfestazione degli ambienti in cui ha soggiornato il paziente, né l'uso profilattico di insetticidi ambientali che possono esporre i bambini ad agenti chimici, potenzialmente tossici; è buona norma osservare le comuni norme igieniche

che ambientali applicabili agli interni. Non è necessaria, neanche, la disinfestazione di sedie, poltrone, divani e l'uso di insetticidi ambientali, ma sono sufficienti le normali misure igieniche e di pulizia quotidiane. Le imbottiture dei mobili vanno lavate possibilmente a secco, oppure pulite con l'aspirapolvere o con vapore. Il pidocchio non si trasmette dall'uomo all'animale e viceversa, pertanto non vanno trattati cani, gatti o altri animali domestici. I tappeti e i pavimenti devono essere puliti con l'aspirapolvere, in quanto possono esserci capelli caduti parassitari.

Provvedimenti specifici nei confronti del malato e dei contatti

In caso di infestazioni da *P. humanus capitis*, è obbligatorio l'allontanamento da scuola del bambino, che sarà opportunamente osservato dai genitori presso il proprio domicilio, nell'ambito di un isolamento domiciliare fiduciario e per l'adulto l'astensione dal lavoro, per entrambi fino al giorno successivo a quello di inizio di un idoneo trattamento disinfestante, certificato dal medico curante; anche per i soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati, è prescritto l'isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento, intendendo per isolamento la separazione del soggetto, colpito dalla malattia contagiosa, da tutte le altre persona che con lui hanno quotidianamente o possono avere contatti più o meno prolungati, ad eccezione del personale sanitario di assistenza. Nei confronti di conviventi e di contatti è necessaria la dovuta informazione e indicata la sorveglianza clinica per la ricerca di altri casi di infestazione; per i familiari e per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il soggetto ammalato e in caso di epidemie è indicato il trattamento profilattico simultaneo. In caso di infestazioni da *Phthirus pubis* le zone interessate vanno rasate; i trattamenti disinfestanti sono simili a quelli da adottare per il *P. humanus capitis* e, se non sufficienti, vanno ripetuti dopo 4-7 giorni di intervallo. I compagni di letto ed i partners sessuali di soggetti infestati da *P. pubis* devono essere trattati in via profilattica con gli stessi prodotti impiegati per i casi di infestazione conclamata. Il lavaggio delle mani non



necessita di particolari mezzi e modalità, se non un accurata pulizia e detersione, come dovrebbe essere nella quotidianità di ogni bambino e negli operatori, prima e dopo qualsiasi contatto diretto con il soggetto malato, dopo il contatto con oggetti contaminati, immediatamente dopo la rimozione dei guanti e di altri dispositivi di protezione, se utilizzati su persone o liquidi infestati

## RUOLO DELLA FAMIGLIA



I genitori del bambino che frequenta una collettività hanno, quindi, la principale responsabilità nella prevenzione, identificazione e applicazione del trattamento della pediculosi. Non spetta a loro la diagnosi dell'infestazione, ma il controllo periodico della testa del bambino per identificare eventuali lendini o parassiti. Qualora un caso sospetto di infestazione di un bambino venga segnalato alla famiglia da parte della scuola o da altra fonte, oppure sia la stessa famiglia a sospettarlo in "primis", è fondamentale far rimanere a casa il soggetto, consultare il medico curante o il dermatologo di fiducia per il riscontro diagnostico, effettuare e gestire scrupolosamente il trattamento prescritto, garantire il rispetto delle norme igienico-comportamentali suggerite e informare la scuola del caso, in modo che anche gli altri compagni di classe siano controllati. Dopo la guarigione è utile ispezionare la testa del bimbo una volta a settimana per circa un mese, evitando, come nel periodo di infestazione, che il bambino scambi oggetti con gli altri membri della famiglia per motivi precauzionali. Bisogna poi che i genitori sappiano che i prodotti antipidocchi non svolgono un'azione preventiva, quindi si deve ricorrere ad essi solo nel caso di infestazione in atto. Quando capita che la famiglia stessa non sia in possesso di informazioni corrette sulla reale natura del problema e sui modi di affrontarlo, il coinvolgimento attivo delle strutture sanitarie e scolastiche diventa fondamentale



## RUOLO DELLA SCUOLA

Costantemente le varie direzioni scolastiche redigono programmi di informazione sulla prevenzione delle pediculosi nel loro ambito e, di concerto con il SISP e le famiglie, approntano procedure routinarie di educazione sanitaria consistenti in opera di implementazione di comportamenti igienico-preventivi antipediculosi, indipendentemente dalla segnalazione di casi. Da parte della scuola, le azioni di informazione e di educazione sanitaria attuate quando l'infestazione non è in atto, concorrono anche a prevenire o contenere le "eventuali reazioni emotive" dei soggetti che successivamente potrebbero essere coinvolti in un'epidemia reale o presunta. Provvedono, altresì, ad attuare azioni straordinarie e specifiche consistenti in protocolli di gestione e intervento in caso di focolai in atto per minimizzare o evitare disagi e allarmi ingiustificati in risposta alla segnalazione di casi o di focolai epidemici. Nell'ambito delle 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 ri-ammissione scolastica. La distribuzione nelle classi di materiale divulgativo svolge la duplice funzione di informare e ridimensionare, sfatando vecchi miti e illustrando i più efficaci metodi di trattamento oggi a disposizione. Nell'ambito delle azioni straordinarie il ruolo della scuola è quello di vigilare contro la diffusione dell'infestazione in modo da garantire

la tutela della collettività oltre quella del singolo individuo e aiutare i genitori a superare la riluttanza a comunicare l'eventuale presenza dei pidocchi, che insieme alla tempestiva informazione da parte del personale scolastico di casi sospetti nella classe, sono il punto di partenza fondamentale, altresì definito intervento di primo livello, per limitare la diffusione della pediculosi e le reinfestazioni.

**L'insegnante**, che nota segni evidenti di infestazione sul singolo bambino, segni clinici, uova o insetti, segnala, in assenza del medico scolastico, la sospetta pediculosi al dirigente scolastico, ai sensi degli art.2 e 6 del RD 1921 e dell'art. 40/2 del DPR 22.12.67 n. 1518, il quale effettua la comunicazione dell'evento al SISP o, comunque, al Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente e, sulla base di specifiche circolari regionali sul periodo contumacia, informa per iscritto il personale docente, ausiliario e le famiglie dei bambini sugli opportuni comportamenti da rispettare, chiedendone la dovuta collaborazione fattiva, al fine di evitare che l'infestazione si diffondi.

### Alla famiglia

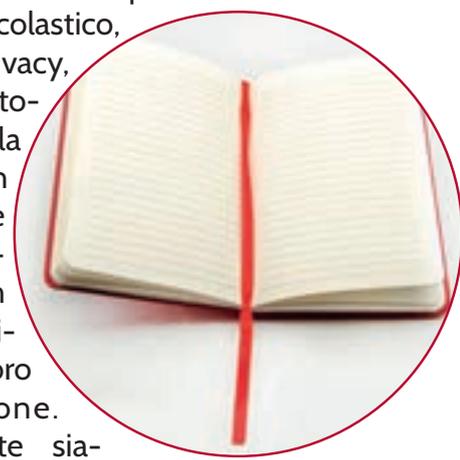
invia una lettera in cui è richiesto un certificato di ri-ammissione a scuola del bimbo colpito o il modello per l'autocertificazione di avvenuto trattamento, ai fini della riammissione e una copia della scheda informativa sul corretto trattamento della pediculosi predisposta dall'ASL. Nel caso di alunni con accertata pediculosi, sprovvisti della certificazione per la riammissione a scuola, gli stessi dovranno essere segnalati al Dirigente Scolastico per l'allontanamento fino alla presentazione della documentazione necessaria. I genitori dovranno ricevere precise indicazioni su come ispezionare il capo dei propri figli, come rapportarsi ai sanitari e come far evitare il contagio in ambito domiciliare, mentre il personale scolastico può utilmente sorvegliare e istruire i bambini sull'opportunità di non scambiarsi o lasciare disordinatamente o ammucchiati dovunque capi di vestiario, berretti, fasce per capelli, scarpe che vanno riposte nelle tasche

dei cappotti o delle giacche; lo stesso vale per quant'altro rappresenti un veicolo di trasporto del pidocchio in ambito scolastico; cappotti e giacche devono essere appesi in modo tale da evitare il contatto diretto fra loro. Nelle scuole materne peluches, bambole di stoffa e simili vanno dislocati negli spazi per il gioco e lavati, come su indicato, in modo da inattivare lendini e pidocchi. Se vengono usati oggetti per la cura dei capelli, ogni bambino dovrà portarsi da casa il proprio pettine o la propria spazzola e custodirli separatamente da quelli altrui.

Qualora, nei 30 giorni successivi all'adozione dei provvedimenti di primo livello, siano segnalate nella stessa classe due o più reinfestazioni, la Direzione Scolastica stessa informa il SISP che predispose una nota informativa per i genitori sulla situazione epidemica in corso e ribadisce le misure che ogni famiglia deve adottare. Quale azione aggiuntiva, in accordo con il SISP, il dirigente scolastico può decidere di adottare, in tal caso, lo strumento denominato "**Diario del pidocchio**", consistente in 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. L'insegnante controlla settimanalmente il Diario del pidocchio e segnala al dirigente scolastico, nel rispetto della privacy, 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. Qualora, nonostante sia-



30





no 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, vengono disposte le procedure di gestione del 3° livello, in base alle quali il Dirigente Scolastico informa il SISP, che procede all'identificazione delle possibili criticità,

come di 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 fondata carenza della funzione genitoriale, il dirigente scolastico effettua una segnalazione al Servizio Socio-Assistenziale, per i provvedimenti del caso.

## RUOLO DEI MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Tale ruolo è di cruciale importanza nel caso di infestazioni occorse sul territorio e diviene operativo quando ricevono la segnalazione del genitore e quando il dirigente scolastico richiede un certificato medico ai fini della riammissione scolastica, ai sensi della Circolare ministeriale

n° 4 del 13 marzo 1998 e delle direttive regionali. In entrambi i casi il curante accerta autonomamente o con l'ausilio del dermatologo, la presenza dell'infestazione e prescrive il trattamento. Inoltre il curante attua le misure di prevenzione in ambito familiare e segnala il caso al SISP. Nella segnalazione dovrà essere specificata la scuola e la classe frequentata dal bambino.

## D. MISURE PROFILATTICHE IN OSPEDALE

Riguardano soprattutto soggetti infestati e ricoverati per pediculosi del corpo e pube particolarmente gravi, evenienze relativamente rare. Nei loro confronti è previsto l'isolamento da contatto per non meno di 24 ore dall'inizio di un adeguato trattamento disinfestante, in una camera singola, oppure condivisa con pazienti con la stessa patologia. I sanitari che, per motivi di lavoro, vengono con essi o con loro effetti personali o lettereschi a contatto, devono indossare copri-camicia in tessuto o in fibra, cuffia e guanti monouso nelle manovre medico-infermieristiche; il lavaggio delle mani con la soluzione detergente in uso è obbligatorio, anche se sono stati utilizzati i guanti. Il personale addetto all'igiene ambientale, al fine di evitare la reinfestazione del paziente, deve procedere al rifacimento completo del letto almeno due volte al giorno, sino a quando il trattamento non sia risultato efficace. Immettere



la biancheria sporca e il copri-camicia in un sacco idrosolubile e successivamente in un sacco per biancheria infetta. Dopo le prime 24 ore di trattamento efficace, sostituire il materasso e i cuscini, operazione da ripetere alla dimissione. Insegnare al paziente le norme basilari di educazione sanitaria e informarlo che in caso di invio per il lavaggio

al proprio domicilio di biancheria personale, quest'ultima deve essere lavata possibilmente in lavatrice, a temperatura superiore ai 60°C





e separata da altra biancheria). E' bene individuare uno stesso servizio igienico ad uso dei Pazienti con la stessa patologia. In caso fosse in comune con altri Pazienti, non infestati, sarà indispensabile provvedere alla pulizia del servizio igienico tutte le volte che il paziente lo utilizza, sino all'avvio di idoneo trattamento disinfestante. E' bene, anche, fornire

al paziente indicazioni sul trattamento di pettini e spazzole di uso personale, da effettuare durante tutto il periodo di contagiosità e, alla dimissione, effettuare una accurata pulizia e disinfezione dell'unità di degenza, con prodotti a base di cloro attivo. In caso di paziente con pediculosi, sospetta o accertata, il medico di reparto deve compilare obbligatoriamente e immediatamente, la **“Scheda di notifica di malattia infettiva”**, trasmetterla al servizio di igiene ospedaliera o in direzione sanitaria, che a sua volta allerta il SISP. Limitare l'affluenza dei visitatori nel periodo di contagiosità del paziente. Se necessario, previo il consenso del paziente, informarli con molta discrezione, pur nel rispetto del segreto professionale e della privacy, sul comportamento da tenere durante il loro soggiorno in ospedale (non toccare gli effetti lettereschi, la biancheria personale, ecc.); se necessario fornire loro i Dispositivi Individuali di Protezione, sino a quando il soggetto ammalato non ha subito un trattamento efficace. Inoltre i visitatori non devono rimuovere dalla stanza di degenza oggetti o effetti personali del paziente senza il consenso del **Personele di assistenza**. Per i familiari ed i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati, informarli della necessità di un controllo sanitario eseguito dal Medico curante o dal Der-

matologo per un eventuale trattamento profilattico. Limitare i trasferimenti del paziente ai casi di assoluta necessità e, in tali evenienze, informare la struttura accettante e gli operatori del trasporto, affinché indossino i dispositivi di protezione individuale e provvedano alla pulizia e disinfezione delle attrezzature venute a contatto con il paziente; inoltre il Dipartimento di Prevenzione provvede solitamente a contattare al proprio domicilio gli eventuali Operatori che dovessero risultare positivi alla ricerca dei pidocchi per effettuare l'inchiesta epidemiologica. Nel caso di **pediculosi** del capo valgono sostanzialmente le norme di cui sopra.

### RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA O DELL'UNITÀ DI STAFF OSPEDALIERA PER LE PROBLEMATICHE IGIENICO SANITARIE



La direzione sanitaria impartisce disposizioni di controllare clinicamente tutti gli operatori sanitari venuti a contatto con il paziente ammalato e richiede un approvvigionamento di prodotti antiparassitari dalla farmacia ospedaliera, per un eventuale utilizzo terapeutico interno. Il direttore sanitario invia le “schede di notifica di malattia infettiva” al SISP dell'ASL, mantiene i contatti collaborativi con il Dipartimento di **Igiene Pubblica ASL** e dispone il controllo dermatologico degli operatori sanitari del reparto infestato e dei pazienti ivi assistiti. In caso di operatore sanitario risultato positivo al controllo dermatologico, egli viene allontanato dal lavoro dal Dermatologo che gli rilascia il Certificato di Malattia e gli prescrive la terapia; trattandosi infortunio sul lavoro, deve presentare il Certificato di Malattia all'Ufficio Infortuni sul Lavoro presso la stessa direzione

sanitaria, che provvederà ad inoltrare la denuncia di infortunio all'INAIL. Al termine del trattamento, previo controllo sanitario, deve presentare alla direzione un certificato di riammissione, stilato dal Dermatologo.

## 5. RUOLO DEI MASS MEDIA

I mass media possono avere, a riguardo, una duplice veste, quella di corretta divulgazione dell'informazione sanitaria, fungendo da ausilio prezioso riguardo agli opportuni



comportamenti preventivi da far conoscere su larga scala e adottare nell'infezione, alle cure più efficaci, all'assenza di effetti gravi sulla salute dei bambini e delle persone che stanno intorno ad essi, ben contrastando, in tal modo, gli eccessivi o pseudo-allarmismi e spegnendo gli ingiustificati timori e paure degli interessati e dei loro cari. Va, di contro, criticata la stampa qualora alimenti, senza ragione alcuna, il timore ingiustificato di danno alla salute e i pregiudizi infondati sulle parassitosi che ingigantiscono la reazione psichica individuale e collettiva, a fronte di evenienze e malattie facilmente curabili con successo, in pochi giorni.

## 6. NOTE DI TERAPIA



Il trattamento delle parassitosi [26, 27, 28, 29] cutanee non comporta, in genere, l'incontro di speciali difficoltà operative da parte degli addetti ai lavori; nella maggior parte dei casi si esplica con cure di ordine topico, integrate da semplici misure igienico-preventive, come la rasatura degli annessi piliferi e, in sua alternativa, lo sfilamento meccanico delle lendini e/o dei parassiti dagli annessi piliferi, il cambio frequente degli indumenti e degli effetti lettereci. Si calcola che negli USA il costo per l'acquisto

di prodotti per il trattamento delle pediculosi sia di circa 350 milioni di dollari all'anno. Il trattamento disinfestante in caso di pediculosi del corpo consiste nell'applicazione di polvere di talco contenente DDT al 10% oppure Malathion all'1% oppure permetrina allo 0,5% o altri insetticidi. In base all'esperienza personale, il trattamento più efficace per la pediculosi del capo è il lavaggio dei capelli con "shampooing" a base di un prodotto antiparassitario efficace, da lasciare in posa per 3-5 minuti e risciacquare abbondantemente, da ripetere dopo 7-10 giorni; altrettanto efficace è l'alternativa di applicare un gel antiparassitario per 15-20 minuti, a cui far seguire un accurato risciacquo; successivamente l'applicazione di un balsamo ammorbidente per capelli agevolerebbe il trattamento dell'asportazione delle lendini dai capelli, ciocca per ciocca con meticolosità, con pettine a denti stretti, bagnato nell'aceto caldo che aiuta a solubilizzare la sostanza collosa che fa aderire tenacemente le uova allo stelo dei capelli. La rasatura dei capelli è ritenuta da molti autori poco utile o addirittura inutile, oltre che umiliante e poco accettata dal soggetto interessato e dalla sua famiglia; ad avviso dello scrivente è, invece, una procedura che può essere utile nei casi con complicanze locali e nei soggetti non collaboranti. Le sostanze farmacologiche indicate di prima scelta dalla letteratura scientifica, sia per efficacia che per sicurezza, sono [29] topici antiparassitari contenenti permetrina all'1% o piretrine associate a piperonilbutossido, o benzilbenzoato. Insetticida di seconda scelta nella pediculosi è considerato il malathion [30], composto organo-fosforico, attivo anche nei confronti delle uova, se applicato per almeno 10 minuti. I prodotti antiparassitari vanno usati solo se sul cuoio capelluto sono presenti pidocchi e/o lendini, in quanto si favorirebbe altrimenti la resistenza a prodotti specifici. Le piretrine hanno attività ovicida e parassicida ben documentate, bloccando la ripolarizzazione dei canali del sodio nei neuroni del pidocchio, portandolo alla paralisi e alla morte. Le piretrine e la permetrina, combinazione di isomeri delle piretrine, hanno un'attività farmacologica nulla dopo lavaggio della cute e presentano un profilo di sicurezza favorevole, un assorbimento transcutaneo minimo, inferiore al 2% [31] e le

modeste quantità assorbite sono rapidamente degradate dalle esterasi; eccezionalmente possono causare dermatiti imitative da contatto [32]. Sono, quindi, considerate sicure anche in bambini di un mese di vita, anche se, sotto i 3-6 anni, è consigliabile usare solo mezzi terapeutici fisici. Un fenomeno che negli Stati Uniti è stato rilevato come preoccupante, così come anche in Europa, è quello della resistenza sempre più crescente a tali sostanze [33], con una significativa riduzione dell'efficacia di esse. In caso di insuccesso del trattamento con la permetrina o qualora essa si renda responsabile di eventuali dermatiti irritative, è indicato l'utilizzo del malathion [33, 37], appartenente alla classe degli inibitori irreversibili della colinesterasi, per cui provoca un accumulo di acetilcolina a livello del recettore, comportando la rapida morte del parassita e delle uova. A sfavore dell'utilizzo del malathion è il fatto che non sono state accertate la sua efficacia e la sicurezza in bambini di età inferiore a 6 anni e non sono attualmente disponibili studi di confronto tra malathion e piretroidi per quanto riguarda l'efficacia ovida, stimata intorno all'85% circa, dopo un tempo di applicazione di 12 ore [34, 35]. Uno studio di Cochrane su 803 pazienti non ha evidenziato eventi avversi importanti, sebbene il 10% dei pazienti abbia sviluppato reazioni minori, come eritema, forfora, formicolii e congiuntivite [31]. Il tempo di applicazione di questi prodotti può variare da pochi minuti a molte ore. Nei casi in cui l'infestazione recidiva per più volte e, quindi pone dei problemi critici terapeutici, il trattamento over-night con permetrina o piretrine può rappresentare un'efficace strategia nel risolvere l'infestazione [38]. Le formulazioni in shampoo sono quelle attualmente più vendute in Italia, anche se studi internazionali ne sconsigliano l'utilizzo per vari motivi, tra cui il tempo di contatto troppo breve, la diluizione e la capacità di penetrazione del principio attivo ridotta con l'acqua, oltre che l'instaurarsi di resistenze con l'utilizzo non corretto. [36]. L'esperienza personale è tuttavia ottima per i prodotti in shampooing, sia per l'elevata compliance che per la rapida efficacia, anche se cautela va posta per le possibili congiuntiviti irritative da contatto. Nonostante le terapie efficaci, talvolta il risultato può essere deludente e le cause del

fallimento possono essere molte, come l'utilizzo di preparati in formulazioni non appropriate, un'insufficiente applicazione del prodotto, tempo di contatto e frequenza inadeguati, la scarsa compliance del paziente. In alternativa ai trattamenti farmacologici, possono essere usati trattamenti fisici con prodotti grassi naturali a base di vaselina e olio di oliva, da applicare sui capelli per 2-3 notti di seguito, allo scopo di soffocare il pidocchio, anche se comunemente vengono additati come rimedi popolari privi di effetto. Il prurito che accompagna la pediculosi del capo può portare, come conseguenza del grattamento, allo sviluppo di sovrinfezioni batteriche da trattare con terapia antibiotica a largo spettro, mentre è dubbia l'utilità degli antistaminici, se non per dare un sollievo temporaneo, in assenza di trattamento specifico. La pediculosi del capo si considera guarita se sono assenti pidocchi o lendini dopo 2 settimane dal 2° trattamento. In caso di infestazioni da *Phthirus pubis*, da alcuni è consigliata la rasatura delle zone interessate, mentre i trattamenti disinfestanti sono simili a quelli da adottare per il *P. humanus capitis* e, se non sufficienti, vanno ripetuti dopo 4-7 giorni di intervallo. Per i conviventi e contatti è prevista la sorveglianza sanitaria per l'identificazione di altri casi di parassitosi, e conseguente trattamento disinfestante. I compagni di letto ed i partners sessuali di soggetti infestati da *P. pubis* devono essere trattati in via profilattica con gli stessi prodotti impiegati per i casi di infestazione conclamata. In caso di infestazione da *P. humanus corporis* il trattamento disinfestante consiste nell'applicazione di polvere di talco contenente DDT al 10% oppure Malathion all'1% oppure permetrina allo 0,5% o altri insetticidi, previo bagno a base di prodotti solforosi; i vestiti vanno distrutti perché infestati.

## 7. FOLLOW UP

La pediculosi del capo si considera guarita se sono assenti pidocchi o lendini dopo 2 settimane dal 2° trattamento, evenienza di estremo interes-



se medico-legale, per l'esclusione di accusa di errata diagnosi. E' necessario, quindi, eseguire sempre un secondo trattamento dopo 7 giorni dal primo. Se, dopo 8-12 ore dall'applicazione del prodotto, qualche insetto è ancora visibile e i suoi movimenti sono lenti, non occorre ripetere il trattamento. Se, invece, non sono rintracciabili insetti morti e si ha l'impressione che quelli presenti siano vitali come prima, è consigliabile consultare il proprio medico. Nel caso in cui il trattamento risultasse inefficace, consultare il medico per un intervento alternativo; inoltre non utilizzare contemporaneamente o mescolare insieme prodotti diversi contro i pidocchi. Se sono rispettate tali semplici regole comportamentali, il rischio clinico è minimizzato, gli eventuali allarmismi non hanno ragion d'essere e i pregiudizi infondati.

## 8. PSEUDO ALLARMISMI E REAZIONE PSICOLOGICA



L'approccio diagnostico relativamente semplice, l'elevata efficacia delle terapie mediche e la facile applicazione delle misure igienico-sanitarie e preventive, nonché l'assenza di cronicizzazione clinica, di complicanze e danni persistenti e/o permanenti devono

indurre a considerare le pediculosi eventi morbosi non gravi, privi di incidenze negative sulla salute individuale e sulla sanità pubblica. Inoltre, esse non devono essere considerate indice di scarsa igiene o di povertà, eccezion fatta per la pediculosi del corpo, in quanto il pidocchio del capo e del pube non discrimina, ovvero non fa distinzioni fra classi sociali o fra persone che curano più o meno bene la propria igiene; paradossalmente, l'accurata igiene del cuoio capelluto può non essere fattore ostativo all'infestazione. Non avere questi pregiudizi rappresenta il primo passo verso l'accettazione del problema da parte della famiglia e della comunità sociale tutta e, quindi, della denuncia della malattia come un atto civico, essenziale per poter applicare norme di limitazione della diffusione della pediculosi in comunità. Le famiglie devono essere sensibili-

lizzate e soprattutto tranquillizzate sulla innocuità dell'infestazione in termini di danno alla persona; le persone interessate vanno educate a concentrare la loro attenzione sul corretto trattamento medico e fisico piuttosto che su una esagerata igiene ambientale. Infine una corretta informazione sulla reale natura della pediculosi è indispensabile per affrontarla e trattarla senza ingiustificati timori; un approccio troppo allarmistico o ansioso da parte della famiglia, infatti, può causare problemi relazionali di una certa entità nei bambini colpiti dall'infestazione. Le eccessive reazioni al fenomeno conducono inevitabilmente ad azioni inutili o non efficaci, oltre che a diffondere un allarmismo ingiustificato. I genitori non devono trascurare l'eventuale reazione psicologica del loro bimbo, che dovrà essere rasserenato e reso consapevole che l'infestazione da pidocchi è temporanea, si cura facilmente e non ha nessuna conseguenza negativa sullo stato futuro di salute; non è segno di scarsa igiene personale e può interessare soggetti di qualunque fascia sociale; tuttavia, queste semplici verità talvolta sono difficili da accettare per le famiglie interessate, che vivono il problema come una vergogna, apprensione, come se avessero un marchio indelebile, che rischia di segnare irrimediabilmente il bambino nella sua futura vita di relazione.

*Chi vive intorno al soggetto ammalato assume, invece, atteggiamenti esageratamente ostativi e repulsivi nei suoi confronti, in quanto crede che la colpa dell'infestazione sia dovuta a scarsa igiene ed essa sia contagiosa anche senza starvi a contatto, ma basta solo essere loro vicini.*

Conseguenza di ciò, può essere duplice, ossia da un lato spingere i bambini sani e emarginare dal gruppo i compagni colpiti dall'infestazione, rischiando di provocare comportamenti dannosi sotto il profilo psicologico, in un'età molto delicata dal punto di vista dello sviluppo psico-socio-relazionale e della personalità e, dall'altro, l'auto-esclusione del bambino ammalato: si verifica cioè una sorta di estromissione volontaria

# LE PARASSITOSI CUT

dai giochi e dalle attività sociali, per vergogna di quanto successo e per timore di essere deriso, che può determinare problemi relazionali di una certa gravità, anche se è noto che ad avere pregiudizi non sono i bambini ma gli adulti. È bene, perciò, nel caso in cui uno o più compagni del proprio figliolo venga o vengano infestati dai pidocchi, che i genitori si astengano da commenti offensivi o colpevolizzanti, cercando anzi di minimizzare e sdrammatizzare, chiarendo che si tratta di un evento del tutto occasionale e fortuito, che non presenta alcun motivo di preoccupazione, affermazioni corrispondenti a verità. Questo non significa che vada sottovalutata o ignorata la dinamica di trasmissione, ma per nessuna ragione bisogna invitare il bambino a “stare lontano” dall'amico colpito: va invece sottolineato il fatto che dopo il primo trattamento non vi è più possibilità di propagazione o contagio. Affrontare con eccessiva apprensione un evento che non ha nessuna conseguenza sulla salute del piccolo, può spingere i bambini ad emarginare dal gruppo i compagni colpiti dall'infestazione, rischiando di provocare comportamenti dannosi sotto il profilo psicologico, in un'età molto delicata dal punto di vista dello sviluppo della personalità. Va, invece, evidenziato il fatto che dopo il primo trattamento si riducono, quasi ad annullarsi, le possibilità di propagazione.

36

## 9. ASPETTI MEDICO-LEGALI

Premessa

Attestare la sussistenza di problematiche medico-legali inerenti una situazione clinica scabra, nella sostanza, di correlazioni dannose per la salute, o comunque rapidamente transeunti, può far scaturire delle perplessità. Ad un esame più approfondito, si comprende che ne ricorrono le ragioni (Tab. n. 5), tra cui le condizioni cliniche potenzialmente lesive di un diritto, nella fattispecie alla salute dei sin-

goli o pubblica, soprattutto nelle comunità scolastiche. Ognuno ha il diritto di conoscere tempestivamente la diagnosi certa del suo disturbo o disagio, per mettere in atto comportamenti tali da non diffondere l'infestazione e, per converso, di non essere contagiati, come appunto può ricorrere in caso di epidemie di pediculosi del capo. A tal fine, ruolo imprescindibile viene assunto dall'uso appropriato e corretto della tecnologica, a duplice significato clinico e medico-legale, dalle misure di igiene e profilassi, dalla denuncia e dalle certificazioni di malattia con allontanamento dalla scuola, certificati di guarigione e rientro a scuola)



Tabella n.4

### ASPETTI MEDICO-LEGALI DELLA PEDICULOSI



#### A. NOTIFICA O DENUNCIA OBBLIGATORIA DI PEDICULOSI

“La denuncia obbligatoria è la segnalazione che il medico è tenuto a inoltrare alle autorità competenti di alcuni fatti di carattere sanitario, appresi e rilevati nell'esercizio della sua attività professionale, nell'interesse della collettività”, per ragioni sanitarie, preventive e sociali.” Il D.M. 15 dicembre 1990, Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 gennaio 1991, n. 6 stabilisce che: “il medico





che nell'esercizio della sua professione venga a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve comunque notificarla all'Autorità Sanitaria competente". La presentazione della denuncia, nei modi e nei tempi previsti dalla legge, costituisce un obbligo inderogabile per il medico e la sua omissione espone il soggetto inadempiente a severe sanzioni di natura amministrativa e/o penale, oltre ad essere causa di risvolti negativi etico-morali. Il decreto, di cui sopra, suddivide le malattie in 5 classi, per ognuna delle quali è necessario osservare diverse modalità di notifica e diversi flussi informativi. Le pediculosi, come la scabbia, ma anche altre dermatosi infettive come la tinea capitis, rientrano nella denuncia di classe IV, riferita a Malattie per le quali alla segnalazione obbligatoria del singolo caso da parte del medico entro 24 ore deve seguire la segnalazione dell'ASL alla regione e da questa al Ministero, all'ISS, all'ISTAT tramite il modello 15, solo quando si verificano focolai epidemici. Si ricorda che il rispetto della precocità di trasmissione della scheda di notifica, oltre che essere un obbligo di legge, permette al Dipartimento di Prevenzione di mettere in atto tutti i provvedimenti profilattici del caso sui conviventi e/o la comunità venuti a contatto con il paziente.

## B. CERTIFICAZIONE DI NON CONTAGIOSITÀ



I bambini con pidocchi o lendini possono essere riammessi a scuola, previa verifica del direttore didattico della non contagiosità in atto degli stessi, auto-certificata dal genitore dell'allunno o dal suo medico curante nelle seguenti modalità, secondo quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Sanità n. 4 del 13 marzo 1998:

1. In caso di primo episodio, il genitore dichiarerà, sotto la sua personale responsabilità che suo figlio ha eseguito realmente la terapia specifica prescritta dal medico ed effettuata a partire dal giorno ... Il periodo di trattamento deve essere di almeno 24 ore.
2. In presenza di recidiva clinica o nuovo riscontro di lendini e/o parassiti, la scuola, per la riammissione del bambino alle lezioni, ri-

chiederà ai suoi genitori il certificato medico di avvenuto trattamento da almeno 24 ore e assenza di malattie infettive e/o parassitarie in atto, oltre che una dichiarazione di non contagiosità, per cui il rientro a scuola può avvenire già il giorno successivo all'inizio del trattamento.

3. A fronte di ulteriori e ripetuti riscontri positivi clinico-microbiologici di pediculosi a carico di soggetti già ammessi in comunità previa certificazione medica, ovvero nell'eventualità di situazioni gravi, il Dirigente scolastico provvederà ad informare il Servizio di Igiene Pubblica per gli opportuni provvedimenti del caso, consistenti in una visita degli alunni interessati presso il servizio SISP dell'ASL, il quale provvederà ad emettere certificazione di non contagiosità nel caso in cui sia riscontrata, senza dubbio alcuno, la condizione di non contagiosità dell'alunno; in tale evenienza il SISP può avvalersi della consultazione dermatologica. Le comunicazioni alle famiglie e il trattamento dei dati personali, in particolar modo di quelli sensibili, saranno effettuati nel rigoroso rispetto della normativa sulla privacy. In tutti i casi, gli alunni inadempienti o che rinunciano a sottoporsi a visita presso il SISP, potranno essere allontanati dalla scuola fino alla presentazione della documentazione necessaria.

## Osservazioni Personali



La legge, a proposito del rientro a scuola del bimbo con pidocchi, parla chiaro, nel senso che esso è possibile solo dopo che si è dato inizio alla terapia. L'OPS, Osservatorio Parassitosi Scolastiche, con sede a Bari, ente di studio e ricerca tra i più accreditati in materia sul territorio nazionale, per terapia intende l'applicazione di un qualsiasi prodotto "attivo sui pidocchi", generalmente in 2 riprese a distanza di sette giorni una dall'altra e una pettinatura a denti stretti (combing) nel frattempo. In effetti, oltre alla

certificazione di avvenuto trattamento, redatta dai genitori per il primo episodio e di cui riportiamo il modello esemplificativo [Allegato A], è necessario produrre una seconda certificazione [Allegato B], in aggiunta o come integrazione della prima, inerente l'avvenuta procedura di "deovulazione" o sfilamento delle lendini, atto "certificativo" fortemente auspicabile, anche se non previsto specificatamente per legge. Tale seconda certificazione dovrebbe essere prodotta dal genitore nell'ambito del primo episodio di infestazione e dal medico nei successivi o in caso di recidive. Alla luce delle moderne mutate sensibilità o esigenze sociali di diritto alla salute e di prevenzione nell'ambito della sanità pubblica, nonché del facile accesso agli ausili tecnologici applicabili al percorso diagnostico-terapeutico, è consigliabile, a parere dello scrivente, onde evitare dubbi e incertezze o situazioni potenzialmente incresciose di contestazioni di superficialità delle auto-certificazioni o, in casi estremi, di loro possibile non veridicità o falsità ideologica per i più svariati motivi, far produrre o allegare sempre una certificazione medica di avvenuta guarigione, più opportunamente specialistica, anche in occasione di primo episodio, in quanto l'autocertificazione dei genitori, sia pur lecita e legittima, dal punto di vista prettamente medico-legale è di valore probatorio discutibile, in riferimento all'assenza certa di malattia. Inoltre, la presenza sul cuoio capelluto di lendini in soggetti trattati, ai fini del rientro a scuola, non sempre è indice di malattia in atto e/o di contagiosità; infatti l'attività "terapeutica sulle lendini", è ancor oggi un argomento critico da cui grandemente dipende l'incapacità di eradicare l'infestazione con i prodotti attuali. Ad avviso dello scrivente, senza le procedure strumentali che siano capaci di differenziare le lendini vuote e inattive dalle piene e attive, è difficile esprimersi sull'assoluta certezza o meno di assenza attuale di infestazione. Vero è che, solo la completa assenza di lendini sul cuoio capelluto e/o di parassiti vitali costituisce il parametro di sicurezza più efficace riguardo alla diagnosi di guarigione dopo trattamento. Per concludere, sicuramente negli episodi recidivanti, oltre ad una certificazione di eseguito idoneo trattamento, diviene indispensabile l'attestazione di assenza completa di lendini, più opportunamente eseguita me-

dante esami specialistici strumentali a firma di un sanitario esperto.

c. Risvolti medico-legali nell'uso della tecnologia a fini diagnostici:

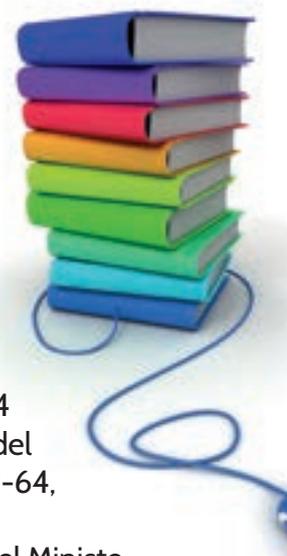
Da sempre l'ausilio dei sistemi di ingrandimento nella valutazione diagnostica in microbiologia ha rappresentato il "gold standard" per la ricerca e le successive applicazioni terapeutiche, dalla semplice lente al microscopio ottico. Negli ultimi anni la dermoscopia e la video-dermoscopia si sta imponendo come valutazione morfologica di semplice e di estrema efficacia di utilizzo, con il vantaggio di poter visualizzare in vivo il parassita e/o i suoi prodotti, poter essere agevolati nella diagnosi differenziale tra lendine vuote e piena. Il dermatologo, quindi, può dare una risposta di sicurezza diagnostica alle parti in causa. Dal punto di vista medico-legale, l'uso di tale metodiche è considerato di alto interesse per la non invasività, la semplicità, facile accessibilità e riproducibilità della procedura; di contro si riduce, ai sensi dell'art. 2236 c.c., la scusabilità dell'errore diagnostico, per la sostanziale assenza di difficoltà operative.

d. Privacy, consenso informato, responsabilità professionale e accuse di danno ingiusto:

sono argomentazioni comuni alla parassitosi da scabbia e pertanto saranno trattati nella seconda parte.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Capasso L, Di Tota G. Lice buried under the ashes of Herculaneum. *Lancet* 1998; 351:992.
2. Gelmetti C., Veraldi S., Scanni G. Pediculosi del capo: proposte di linee-guida terapeutiche. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venerologia*, volume 139 suppl. 1 Agosto 2004
3. Scanni G., Bonifazi E. : Pediculosi del capo, *Eur. J. Pediat. Dermatol.* 18, 33-64, 2008
4. Circolare n° 4 del 13 marzo 1998 del Ministero della Salute
5. Angelini-Vena *Manuale di Dermatologia*, II



Edizione 1985, Seu Editore

6. M. T. Mazzucato in [http://www.gruppom1.it/doc/articoli/mtm\\_malattieinsetti.pdf](http://www.gruppom1.it/doc/articoli/mtm_malattieinsetti.pdf)

7. [http://www.lswn.it/biologia/articoli/consensus\\_conference\\_della\\_peducolosi\\_del\\_capo](http://www.lswn.it/biologia/articoli/consensus_conference_della_peducolosi_del_capo)

8. R.J. Roberts, Head lice, New England Journal of Medicine, del 2002

9. Frankowski BL et al. Head lice. Pediatrics Vol 110 No. 3 Sep 2002 (638-643).

10. Pollack RJ et al. Overdiagnosis and consequent mismanagement of head louse infestations in North America, Pediatric Infectious Disease J. 2000;19(8):689-693

11. Keoki Williams L et al. Lice, nits and school policy. Pediatrics Vol 107 No.5 May 2001 (1011-1015)

12. Meinking TA. Infestations. Curr Probl Dermatol. 1999 ; 11 :73-120

13. Hansen R. Guidelines for the treatment of resistant pediculosis. Contemporary Pediatrics. 2000, vol 17 n. 8 (Suppl)

14. Mathias RG, Wallace JF. Control of head lice: using parent volunteers. Can J Public Health. 1989;89:461-463

15. 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

16. Ivanice M. Cestari - Silvio J. Sarti - Cláudia M. Waib - Armando Castello Branco Jr. Evaluation of the potential insecticide activity of *Tagetes minuta* (Asteraceae) essential oil against the head lice *Pediculus humanus capitis* (Phthiraptera: Pediculidae) in Neotropical Entomology vol.33 no.6 Londrina Nov./Dec. 2004

17. Gratz N.G. - Human lice: their prevalence, control and resistance to insecticides. A review 1985-1997. Document WHO/CTD/WHO-PES/97.8. Geneva: World Health Organization, 1997

18. Mumcuoglu KY, Klaus S, Kafca D, Teiler M, Miller J. Clinical observations related to head lice infestation. J Am Acad Dermatol 1991;25:248-5

19. Bartolozzi G. Il pidocchio: il ciclo vitale, la resistenza ai farmaci e considerazioni igieniche in Medico e Bambino. Pagine elettroniche 2007; 10(6) [http://www.medicoebambino.com/\\_pidocchi\\_uova\\_trattamento\\_malation\\_pediculida](http://www.medicoebambino.com/_pidocchi_uova_trattamento_malation_pediculida)

20. Hansen RC, O'Haver. J Clin Pediatr (Phila)

2004, 43:523-7

21. [http://www.lswn.it/biologia/articoli/consensus\\_conference\\_della\\_peducolosi\\_del\\_capo](http://www.lswn.it/biologia/articoli/consensus_conference_della_peducolosi_del_capo)

22. CDC. Parasites and health: head lice (*Pediculus humanus capitis*). November 4, 1999 ([www.dpd.cdc.gov](http://www.dpd.cdc.gov))

23. Gillis D, Slepon R, Karsenty E, Green M. Seasonality and long-term trends of pediculosis capitis and pubis in a young adult population. Arch Dermatol 1990;126:638-41.

24. Mumcuoglu KY, Klaus S, Kafca D, Teiler M, Miller J. Clinical observations related to head lice infestation. J Am Acad Dermatol 1991;25:248-5

25. Pediculosi. In: Bollettino Epidemiologico Nazionale. Notiziario ISS Vol.14 n.5, Maggio 2001

26. Weir E. School's back, and so is the lowly louse. JAMC 18 Sep 2001; 165 (6)

27. Meinking TL, Taplin D. Infestations: pediculosis. Curr Probl Dermatol 1996;24:157-63

28. Hansen R. Guidelines for the treatment of resistant pediculosis. Contemporary Pediatrics. 2000, vol 17 n. 8 (Suppl)

29. Jones KN, English JC. Review of common therapeutic options in the United States for the treatment of pediculosis capitis. Clin Infect Dis 2003;36:1355-61.

30. Veraldi S, Schianchi R. Parassitosi cutanee. Abstract "VII Convegno Nazionale Dermatologia per il Pediatra", Riccione, 2004;9-10

31. Dodd CS. Interventions for treating head lice. Cochrane Database Syst Rev 2001;2:CD001165

32. Quaterman MJ, Leshner JL. Neonatal scabies treated with permethrin 5% cream. Pediatr Dermatol

33. Burgess IF, Brown CM, Burgess NA. Synergized pyrethrin mousse, a new approach to head lice eradication: efficacy in field and laboratory studies. Clin Ther 1994; 16:57-64.

34. Downs AM, Stafford KA, Harvey I, Coles GC. Evidence for double resistance to permethrin and malathion in head lice. Br J Dermatol 1999;141:508-11.

35. Taplin D, Castillero PM, Spiegel J, Mercer S, Rivera AA, Schachner L. Malathion for treatment of *Pediculus humanus* var. *capitis* infestation. DAMA 1982;247:3103-5.

36. Burgess IF. Human lice and their control. Annu Rev Entomol 2004;49:457-81.

37. Roberts RJ, Casey D, Morgan DA, Petro-



vic M. Comparison of wet combing with malathion for treatment of head lice in the UK: a pragmatic randomised controlled trial. Lancet 2000;356:540-4.

38. Jones KN, English JC. Review of common therapeutic options in the United States for the treatment of pediculosis capitis. Clin Infect Dis 2003;36:1355-61

39. Chosidow O. Scabies and pediculosis. Lancet 2000;355:819-26.

Letture di approfondimento consigliate:

Scanni G., Porcelli F., Bonifazi E. 15 domande e risposte sulla pediculosi del capo. La pediculosi del pube. Eur. J. Pediat. Dermatol. 15, 2005 : 753-768

La stesura del presente lavoro è stata resa possibile grazie alla consultazione dei pregiati lavori del Dott. Scanni Gaetano, a cui vanno i personali ringraziamenti



# ROSACEA

## DALLA CLINICA ALLA TERAPIA MEDICA: REVISIONE DELLA LETTERATURA

Federico Bardazzi, Michela Magnano,  
Riccardo Balestri, Vera Tengattini, Annalisa Patrizi

*Dipartimento di medicina specialistica, diagnostica e sperimentale, U.O.C. Dermatologia,  
Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna*



### INTRODUZIONE

La rosacea, patologia conosciuta fin dai secoli scorsi, viene definita come una dermatosi infiammatoria cronica del volto, in particolare delle aree convesse, idiopatica e tipicamente caratterizzata dalla presenza di 5 elementi principali: flushing, teleangectasie, eritema persistente, papule e pustole. Dal momento che è il volto ad essere principalmente interessato, il paziente affetto da rosacea presenta spesso difficoltà di natura psicologica e sociale. Questi comuni problemi affrontati dai pazienti affetti da rosacea, hanno portato alla formazione di un gruppo molto attivo, la National Society of Rosacea, che fornisce ai soci materiale di aggiornamento e di supporto sia per il professionista sia per il malato ([www.rosacea.org](http://www.rosacea.org)). Inoltre, secondo alcuni Autori, la rosacea risulta essere una delle più frequenti patologie cutanee nel continente Europeo, colpendo il 10% della popolazione: è quindi fondamentale che ogni clinico non solo sia in grado di diagnosticarla ma anche di consigliare al paziente la terapia più efficace<sup>1-2</sup>.

### EPIDEMIOLOGIA

La rosacea caratteristicamente colpisce i soggetti di fototipo basso, in particolare le popolazioni del Nord e dell'Est Europa. L'età di insorgenza è in genere compresa tra i 20 e i 50 anni

di età e presenta una frequenza maggiore nel sesso femminile, sebbene negli uomini si possa verificare un'insorgenza più tardiva con una progressione più veloce verso lo stadio fimatoso<sup>1</sup>.

### EZIOPATOGENESI

La rosacea è una patologia multifattoriale dove l'alterazione vascolare e l'infiammazione giocano un ruolo determinante e sono strettamente connesse. Un ruolo fondamentale è svolto dalle proteasi, tra cui la catelicidina LL37 e la callicreina 5 che presentano una importante azione proinfiammatoria. Altre proteasi, di origine microbica o parassitaria formano ulteriori frammenti peptidici anomali di catelicidina, con peggioramento dell'infiammazione stessa<sup>3</sup>. Il ruolo del *Demodex folliculorum* resta tuttavia ancora controverso: alcuni Autori sostengono che si localizzi prevalentemente nelle zone affette da rosacea. Inoltre è stata riscontrata una maggiore densità di tale acaro nei pazienti affetti da rosacea rispetto ai controlli sani. Un'altra teoria a favore del ruolo eziopatogenetico del *D. folliculorum* è rappresentata dal miglioramento della patologia in seguito a farmaci attivi contro l'acaro. Tuttavia è stata riscontrata una elevata densità di *D. folliculorum* solo nella forma papulopustolosa, e sembra che l'acaro possa sopravvivere nonostante la terapia. Infine non è ancora chiara la correlazione tra *D. folliculorum* e l'infiltrato infiammatorio perifollicolare<sup>4</sup>. Anche il ruolo di *Helicobacter pylori* non è tuttora certo, ma è stato comunque dimostrar-

to che i farmaci eradicanti *Helicobacter pylori* sono anche in grado di migliorare la fase papulo-pustolosa della rosacea e ridurre l'eritrosi in maniera significativa<sup>5,6</sup>.

## CLINICA E CLASSIFICAZIONE



Le manifestazioni cliniche della rosacea sono variabili e sono spesso associate a diversi segni e sintomi, nonché sovente modificate dagli interventi terapeutici. La maggior parte degli Autori sostiene che il sintomo fondamentale per effettuare diagnosi di rosacea sia rappresentato dall'eritema della porzione centrale del viso persistente per almeno 3 mesi consecutivi, con tendenza al risparmio della regione perioculare. Il riscontro di flushing, papule, pustole e teleangectasie supporta la diagnosi, ma non è ad essa necessario. Altre comuni manifestazioni sono l'edema del volto, la secchezza cutanea, in particolare delle regioni centro-facciali, e le alterazioni congiuntivali associate. Il paziente, inoltre, lamenta spesso sensazione di prurito, di bruciore o di formicolio, che possono essere così intensi da limitare le normali attività quotidiane. Per giungere ad una diagnosi certa, devono però essere escluse alcune patologie concomitanti che possono determinare un'eritema persistente del volto, quali la policitemia vera, lupus eritematoso, la dermatomiosite, la connettivite mista, la sindrome da carcinoide e la mastocitosi. Inoltre è estremamente importante escludere il coinvolgimento di sedi diverse dal volto, che non vengono mai interessate nel caso si tratti di rosacea<sup>1</sup>.

Secondo la National Society of

Rosacea, esistono quattro principali sottotipi clinici di rosacea:

### 1. ROSACEA ERITEMATO-TELEANGECTASICA:

è la forma clinica più frequente. È caratterizzata dalla presenza di flushing persistente per oltre 10 minuti, in risposta a sforzi fisici, fattori emozionali o ambiente caldo-umido. Spesso è accompagnato da sensazione di bruciore o prurito. I pazienti affetti da questa forma, inoltre, hanno una soglia di irritazione più bassa in seguito all'applicazione di prodotti per uso topico, come cosmetici o schermi solari. Infine la cute non presenta le caratteristiche di iperseborrea frequenti negli altri sottotipi clinici<sup>1,2</sup>.

### 2. ROSACEA PAPULO-PUSTOLOSA:

è anche conosciuta con i termini di "rosacea classica" o "pink rosacea". Si presenta con un importante eritema della porzione centrale del volto associato a piccole papule, a volte sormontate da micro-pustole. La regione perioculare è generalmente risparmiata. Le teleangectasie sono presenti ma risultano poco evidenti in quanto nascoste dal diffuso eritema. In questo stadio non è raro l'edema del volto, esacerbato da fattori scatenanti quali stress, sforzi fisici o alte temperature<sup>1,2</sup>.

### 3. ROSACEA FIMATOSA:

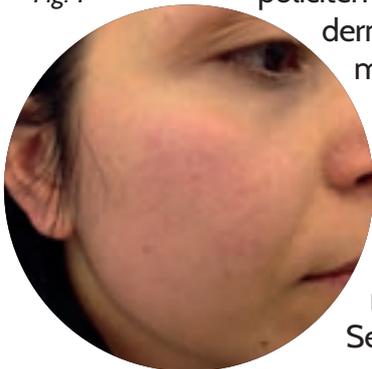
è caratterizzata da un aumentato spessore dell'epidermide e dalla presenza di nodularità sottocutanee che conferiscono alla superficie cutanea un aspetto irregolare. L'aspetto fimatoso può coinvolgere il naso (rinofima), il mento (gnatofima), la fronte (metofima), i padiglioni auricolari (otofima) e le palpebre (blefarofima). Si riconoscono quattro varianti di rinofima (la granulomatosa, la fibrosa, la fibroangiomatosa e l'attinica) ciascuna di esse associata ad un preciso quadro istopatologico<sup>1,2</sup>.

### 4. ROSACEA OCULARE LA BLEFARITE

e la congiuntivite sono sicuramente le due manifestazioni cliniche più comuni nella rosacea oculare. In questo sottotipo, la sintomatologia è spesso invalidante: il paziente lamenta bruciore, prurito,

42

Fig. 1



fotosensibilità e sensazione di corpo estraneo. Cheratiti, scleriti ed iriti sono complicazioni fortunatamente infrequenti, ma in caso si verificano necessitano di valutazione specialistica oftalmologica<sup>1,2</sup>.

Esistono inoltre altre varianti cliniche di rosacea che non rientrano nella precedente classificazione. Tra queste ricordiamo:

- **ROSACEA GRANULOMATOSA:** è una variante rara. Clinicamente è caratterizzata da papule giallastre, brunastre e monomorfe. Tipicamente, osservando le lesioni alla dermatoscopia, si rileva il colore a "gelatina di mela"<sup>1,7</sup>.

- **rosacea da steroidi:** nella rosacea da steroidi si evidenzia un eritema più intenso localizzato sul volto con risparmio delle palpebre e della zona perilabiale<sup>1,7</sup>.

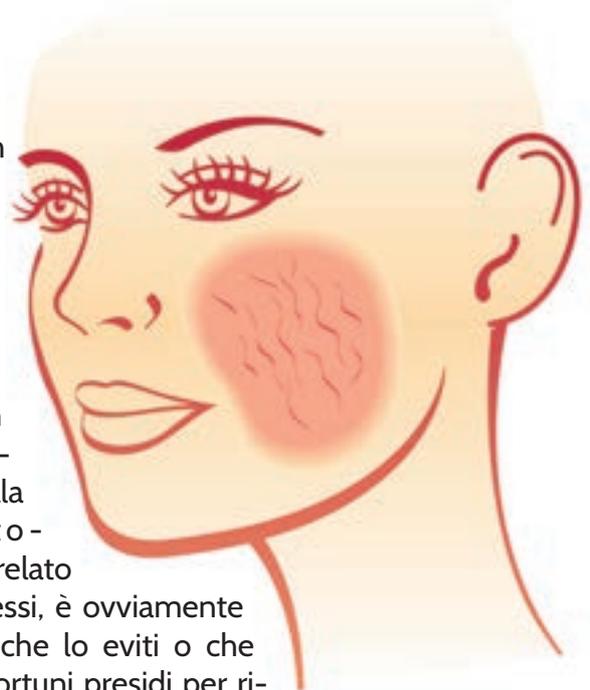
- **ROSACEA FULMINANS:** è una variante molto rara, che si riscontra per lo più nel sesso femminile ed in età giovanile. Il quadro appare severo fin dall'inizio della patologia con importante rash papulo-pustoloso del volto<sup>1,7</sup>.

Ricordiamo inoltre che recenti studi hanno dimostrato un'associazione tra la rosacea e un aumentato rischio di patologie cardiovascolari. La causa di tale associazione non è però nota, sebbene sembri esserci una disfunzione dell'immunità innata catelicidino-dipendente, che determini entrambe le patologie. E' comunque necessario uno stretto follow-up di questi pazienti anche in senso cardiovascolare<sup>8</sup>.

però non sono comuni a tutti i pazienti. In caso il paziente riferisca un peggioramento della sintomatologia correlato

ad uno di essi, è ovviamente necessario che lo eviti o che utilizzi opportuni presidi per ridurre l'effetto. Ad esempio, importanti metodiche preventive sono l'utilizzo di schermi solari, l'uso di indumenti protettivi o l'evitare l'esposizione solare negli orari più caldi<sup>9</sup>.

Per ciò che riguarda invece la terapia medica vera e propria, è necessario suddividere le terapie topiche e sistemiche in terapie supportate dalla evidence-based medicine (EBM) e in terapie non EBM. Le prime sono solamente quattro: l'acido azelaico topico, il metronidazolo topico, la doxiciclina al dosaggio di 40 mg/die e la ciclosporina allo 0.05% emulsione oftalmica utilizzata nelle forme di rosacea oculare. Le altre terapie di seguito elencate non sono supportate dalla EBM, e quindi apparentemente non efficaci in tutti i pazienti<sup>10</sup>.



## TERAPIA MEDICA

Ancor prima di iniziare la vera e propria terapia medica, il dermatologo deve assistere il paziente affetto da rosacea identificando i fattori esacerbanti i segni e i sintomi correlati alla patologia (Tabella 1), che



## SCHERMI SOLARI

Uno dei punti cardine della terapia della rosacea è sicuramente la protezione dei raggi UV. I filtri fisici come il diossido di titanio o l'ossido di zinco sono in genere ben tollerati. Inoltre, sembrerebbero più efficaci gli schermi fisici contenenti siliconi protettivi come il dimeticone o il ciclometicone, in quanto migliorano sia la sensazione di prurito sia l'eritema, riducendo significativamente la perdita d'acqua trans-cutanea<sup>9</sup>.





## COSMETICI

Come già accennato, un problema di frequente riscontro nei pazienti affetti da rosacea è la aumentata "sensibilità" faciale ai prodotti di uso cosmetico. Nelle forme eritemato-teleangectasiche ed in quelle papulo-pustolose sarebbe opportuno

sconsigliare, ad esempio, cosmetici contenenti astringenti come il mentolo o la canfora (Tabella 2). Anche il sodio lauril solfato, componente pressoché ubiquitario nei detergenti, andrebbe evitato in quanto può determinare importante irritazione.

Il camouflage, tecnica spesso utilizzata dai pazienti con rosacea per mascherare i segni della malattia, deve anch'esso essere valutato dal dermatologo, poiché non tutti i cosmetici sono adatti a questo tipo di pelle. E' necessario consigliare fondotinta leggeri, in formulazione liquida, contenenti silicone, per proteggere la barriera cutanea, ed un filtro solare. I fondotinta di maggiore consistenza, infatti, sono più difficili da rimuovere e potrebbero pertanto causare irritazione. Inoltre, nella scelta del prodotto più idoneo per il camouflage, il paziente dovrebbe scegliere un prodotto contenente pigmento verde, volto a contrastare il rosso dell'eritema, ottenendo così un migliore effetto coprente<sup>9,11</sup>.

## TERAPIE TOPICHE

### METRONIDAZOLO TOPICO:

sicuramente una delle terapie più utilizzate nella rosacea. In commercio, si può trovare in gel o in crema allo 0.75% o all'1%. Entrambe queste formulazioni hanno dimo-



strato la medesima efficacia. Una sola applicazione giornaliera è sufficiente per ottenere un effetto sia anti-infiammatorio sia anti-ossidante. Inoltre, è generalmente ben tollerato e presenta una bassa incidenza di effetti collaterali. Il metronidazolo in gravidanza non ha dimostrato particolari effetti teratogeni, sebbene appartenente alla classe B, per cui deve essere utilizzato sotto stretto monitoraggio medico<sup>9,12,13</sup>.

Tabella 1

## Fattori esacerbanti

			Alcuni alimenti (frattaglie, yogurt, cioccolato, avocado, spinaci, banana)
			Alcune bevande (vino rosso, birra, gin, tonic)
			Sole ed esposizione alla luce
			Fattori emozionali quali stress
			Fattori climatici (umidità, temperature estreme)

### ACIDO AZELAICO TOPICO:

E' un acido dicarbossilico che è stato approvato per il trattamento della rosacea lieve o moderata. Si trova al 15% in gel o al 20% in crema e presenta un'attività antinfiammatoria, anti-cheratinizzante e anti-batterica. Gli effetti collaterali sono leggermente più frequenti rispetto al metronidazolo topico ed includono sensazione di bruciore, prurito ed irritazione, sebbene siano di solito lievi e transitori. Anch'esso può essere applicato una sola volta al giorno, migliorando così la compliance del paziente<sup>9,12</sup>.

### RETINOIDI TOPICI:

possono essere usati anche nella rosacea, sebbene determinino frequentemente irritazione e pertanto sono scarsamente prescritti<sup>12</sup>.

### CLINDAMICINA TOPICA:

si consiglia l'utilizzo di questo antibiotico topico in particolare nelle forme papulo-pustolose, in quanto agisce prevalentemente sulla riduzione delle pustole. E' invece scarsamente efficace sull'infiammazione e sull'eritema<sup>9,12,13</sup>.

### SULFACETAMIDE SODICA:

non in commercio in Italia, è d'altro canto largamente prescritta negli Stati Uniti, dove viene commercializzata al 10% in crema. E' solitamente ben tollerata, ma è controindicata nei pazien-

anti la **rosacea**.

(cioccolato, salsa di soia, melanzane, peperoni, agrumi e pomodori).

(alcol, bourbon, cioccolata calda, té, caffè)

(a luce UV).

(di ansia e stress).

(alte o troppo basse)

ti affetti da insufficienza renale ed è sconsigliata durante la gravidanza. Alcuni Autori consigliano anche l'uso di detergenti contenenti sulfacetamide sodica due volte al giorno in combinazione con l'applicazione di metronidazolo in gel<sup>9</sup>.

nell'armamentario del dermatologo per il trattamento di tale patologia. È un agonista dei recettori  $\alpha_2$  adrenergici estremamente selettivo e con una potente attività vasocostrittrice. Non ha effetto propriamente curativo nei confronti della patologia, ma riduce sostanzialmente l'eritema per le 12 ore successive all'applicazione, determinando un significativo miglioramento estetico con una conseguente riduzione dell'impatto sulla qualità di vita del paziente. Inoltre, dopo l'applicazione, non sono stati osservati né effetto rebound né assuefazione<sup>2,12,13</sup>.



### IVERMECTINA TOPICA:

recentemente approvata anche in Europa, ma non ancora in commercio, viene usata nei casi di rosacea resistente al metronidazolo topico. Alcuni studi ne hanno dimostrato l'efficacia ad una concentrazione dell'1% in crema, con un'azione mirata alla riduzione del D. folliculorum sulla pelle affetta<sup>13</sup>.

### INIBITORI DELLA CALCINEURINA:

alcuni studi hanno dimostrato una discreta efficacia del tacrolimus 0.1% e del pimecrolimus 1% sulla riduzione dell'eritema nei pazienti affetti da rosacea, con una doppia applicazione giornaliera. Il tacrolimus però ha determinato in alcuni pazienti fenomeni di irritazione. Infine, tali farmaci devono essere utilizzati solo per brevi periodi in quanto possono aumentare la concentrazione di D. folliculorum a causa dell'immunosoppressione locale<sup>12</sup>.

### PERMETRINA E CROTAMITONE:

entrambi anti-parassitari di comune utilizzo nel trattamento della scabbia, vengono usati da alcuni Autori nel trattamento della rosacea resistente alle comuni terapie topiche in associazione alla terapia sistemica con ivermectina. La permetrina è utilizzata in genere in crema ad una concentrazione del 5%, mentre il crotamitone può essere usato sia in crema sia in lozione ad una concentrazione del 10%<sup>2,12</sup>.

### BRIMONIDINA TARTRATO:

è stata approvata dalla Food and Drug Administration per la terapia della Rosacea ad Agosto 2013 ed è pertanto l'ultima acquisizione

### Elenco dei componenti contenuti nei cosmetici da evitare





**TETRACICLINE DI II GENERAZIONE:** la minociclina e la doxiciclina sono le terapie sistemiche più frequentemente somministrate in caso di forme moderate-severe di rosacea. Tali antibiotici vengono usati prevalentemente per le loro proprietà antinfiammatorie più che per il loro potere antimicrobico e presentano elevata biodisponibilità ed una notevole rapidità di azione. La minociclina viene comunemente prescritta con un dosaggio di 100 mg/die in un'unica somministrazione quotidiana, mentre la doxiciclina esplica il suo effetto antinfiammatorio ad un dosaggio di 40 mg/die sempre in monosomministrazione. A tali dosaggi, gli effetti collaterali più frequentemente riscontrati sono faringiti, disturbi gastrointestinali e cefalea. Le tetracicline sono un farmaco in classe X, pertanto non possono essere utilizzate in gravidanza<sup>9</sup>.

**AZITROMICINA SISTEMICA:** viene raccomandata sia nella rosacea cutanea che in quella oculare.

Anch'essa è utilizzata per le sue proprietà antinfiammatorie, più che per l'attività antibiotica, come nel caso delle tetracicline per os. Il dosaggio raccomandato è di

500 mg/die per 3 giorni alla settimana per 4 settimane complessive di terapia. Oltre ad essere ben tollerata, l'azitromicina può anche essere somministrata in gravidanza, a differenza delle tetracicline<sup>2,9</sup>.

**METRONIDAZOLO SISTEMICO:**

Già dagli anni '70, il metronidazolo sistemico è stato considerato una delle terapie più efficaci per le forme severe di rosacea. Attualmente gli vengono preferite le tetracicline poiché il metronidazolo presenta più effetti collaterali ed è assolutamente controindicata l'assunzione concomitante di bevande alcoliche per effetto disulfiram-simile. Viene usato ad un dosaggio di 400 mg/die per almeno un mese di terapia continuativa<sup>9</sup>.

**BETA-BLOCCANTI:** questa classe di farmaci viene impiegata nella rosacea in quanto in grado di inibire l'attività simpatica e ridurre gli episodi di flushing. Inoltre tendono a migliorare l'ansia e la tachicardia che possono andare ad esacerbare l'eritema stesso. Tra questi, il carvedilolo, beta-bloccante non selettivo con azione antinfiammatoria ed antiossidante, è il più frequentemente utilizzato al dosaggio di 6.25 mg 2 volte al giorno per la prima settimana e poi, se ben tollerato, 6.25 mg per 3 volte al giorno in cronico. Di grande utilità è inoltre la contemporanea terapia con la doxiciclina, che agisce sinergicamente migliorando l'infiammazione<sup>12</sup>.

**IVERMECTINA SISTEMICA:** questo anti-elmintico, reperibile in Italia solamente presso i reparti ospedalieri di Malattie Infettive, viene talvolta somministrato ai pazienti immunocompromessi con rosacea resistente alle altre terapie topiche e sistemiche<sup>12</sup>.

**ISOTRETINOINA SISTEMICA:** il suo utilizzo nella rosacea è ancora off-label. E' indicata nelle forme papulo-pustolose resistenti alle tetracicline ad un dosaggio di 0.3 mg/kg ed è assolutamente ben tollerata. E' però controindicata nelle donne in età fertile, per il ben noto effetto teratogeno<sup>12</sup>. Rifaximina: recenti Autori hanno dimostrato che i pazienti affetti da rosacea presentano una crescita batterica intestinale eccessiva rispetto ai controlli sani. Un recente studio pilota ha valutato l'efficacia della rifaximina, un antibiotico

Fig. 3



attivo sulla flora batterica intestinale non assorbibile, sul trattamento della rosacea. In tale lavoro, ben il 76% dei paziente ha dimostrato un notevole miglioramento delle lesioni dopo un ciclo di 10 giorni con rifaximina 400 mg in 3 somministrazioni giornaliere. Ovviamente, sono ancora necessari studi su larga scala<sup>14</sup>.

## ROSACEA OCULARE

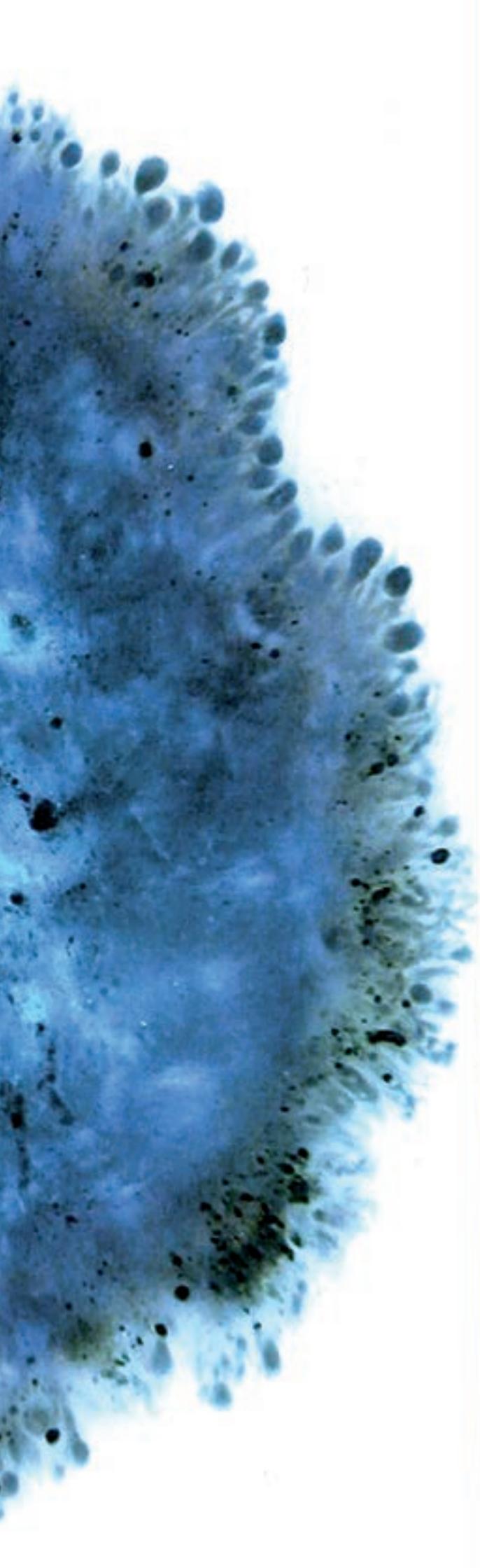
La terapia della rosacea oculare merita sicuramente alcune considerazioni a parte. Si basa infatti sull'utilizzo di lacrime artificiali, sull'igiene della palpebra e sulla terapia antibiotica sistemica, in particolare tetracicline o azitromicina. Nei pazienti in cui tali accorgimenti non sono abbastanza efficaci, si possono associare terapie topiche quali la ciclosporina allo 0.05% emulsione oftalmica (2 volte al giorno) o la azitromicina collirio (2 volte al giorno)<sup>2</sup>.



## BIBLIOGRAFIA

- 1) Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol.* 2004 Sep;51(3):327-41.
- 2) Wollina U. Recent advances in the understanding and management of rosacea. *F1000Prime Rep.* 2014 Jul 8;6:50.
- 3) Salzer S, Kresse S, Hirai Y, Koglin S, Reinholz M, Ruzicka T, Schaubert J. Cathelicidin peptide LL-37 increases UVB-triggered inflammasome activation: Possible implications for rosacea. *J Dermatol Sci.* 2014 Dec;76(3):173-9.
- 4) Cribier B. Physiopathology of rosacea. *Ann Dermatol Venereol.* 2014 Sep;141 Suppl 2:S158-64.
- 5) Tan J, Berg M. Rosacea: current state of epidemiology. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Dec;69(6 Suppl 1):S27-35.
- 6) Holmes AD. Potential role of microorganisms in the pathogenesis of rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Dec;69(6):1025-32.
- 7) Lehmann P. Rosacea: Clinical features and classification. *Hautarzt.* 2013 Jul;64(7):489-93.
- 8) Duman N1, Ersoy Evans S, Atakan N. Rosacea and cardiovascular risk factors: a case control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Sep;28(9):1165-9.
- 9) Pelle MT, Crawford GH, James WD. Rosacea: II. Therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2004 Oct;51(4):499-512.
- 10) van Zuuren EJ, Kramer SF, Carter BR, Graber MA, Fedorowicz Z. Effective and evidence-based management strategies for rosacea: summary of a Cochrane systematic review. *Br J Dermatol.* 2011 Oct;165(4):760-81.
- 11) Levy LL, Emer JJ. Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: personal experience and review. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2012;5:173-82.
- 12) Layton A, Thiboutot D. Emerging therapies in rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Dec;69(6 Suppl 1):S57-65.
- 13) Fallen RS, Gooderham M. Rosacea: update on management and emerging therapies. *Skin Therapy Lett.* 2012 Dec;17(10):1-4.
- 14) Weinstock LB, Steinhoff M. Rosacea and small intestinal bacterial overgrowth: prevalence and response to rifaximin. *J Am Acad Dermatol.* 2013 May;68(5):875-6.





# Gubbio 15

Dermoscopia ed Imaging Cutaneo  
*Advanced Meeting*

## Problematiche in Dermoscopia

*Chairmen: S. Gasparini, G.L. Giovane*

*Responsabile ECM: P. Silvestris*

7-9 maggio 2015

Park Hotel Ai Cappuccini

# MEETING DI DERMOSCOPIA ED IMAGING CUTANEO



## GUBBIO '15 "PROBLEMATICHE IN DERMOSCOPIA" GUBBIO, 7-9 MAGGIO 2015

**L**a dermoscopia è ormai da tempo divenuta un'imprescindibile componente della diagnostica dermatologica quotidiana. Apparecchiature per la dermoscopia - dal semplice dermoscopio manuale ai più raffinati videodermoscopi digitali - sono presenti in quasi tutti gli ambulatori dermatologici pubblici e privati del nostro paese.

Questa larghissima diffusione della dermatoscopia ha aperto inevitabilmente nuovi e molteplici scenari applicativi ma anche sollevato importanti problematiche derivanti proprio dall'uso ormai "routinario" della metodica.

Ai suddetti aspetti è ispirata l'edizione 2015 del Meeting di Dermoscopia ed Imaging Cutaneo di Gubbio, evento come di consueto dedicato ai medici specialisti cultori della materia, che si propone la formazione teorico-pratica e l'aggiornamento sulle tematiche e sulle tecniche principali della metodica.

Il programma scientifico del Meeting 2015 è composto da sessioni inerenti le problematiche generali emergenti nella prassi quotidiana dermoscopia: dalla responsabilità professionale, l'errore diagnostico ed il contenzioso medico-legale alla refertazione, dai rapporti con l'istopatologo cui inviare il campione bioptico alle problematiche organizzative e pratiche della dermatoscopia in ambito SSN, ma come detto anche da sessioni più dottrinarie e concettuali, come quella sulla gestione di lesioni in fase di crescita, in fase di regressione o di progressione neoplastica o quella sulle lesioni pigmentate di sedi topografiche speciali, quali l'apparato ungueale, il cavo orale ed i genitali, l'area oculare, il cuoio capelluto, la pieghe, le sedi acrali, le cosiddette "aree di transizione", etc.

Non mancheranno anche nella presente edizione sessioni di casistica interattiva, quale quella "a tema" in cui i più importanti esperti italiani proporranno centinaia di immagini relative a tutte le forme di melanoma, da quelle iniziali alle più avanzate, ma anche ai tumori annessiali, alle dermopatie infiammatorie - applicazione quest'ultima in fase di grande sviluppo.

**A CONCLUSIONE** dei lavori i partecipanti dovrebbero:

- essere in grado di gestire con competenza e correttezza le varie fasi della prestazione dermoscopia, dalla diagnosi alla refertazione, all'invio degli eventuali prelievi bioptici all'istopatologo
- conoscere gli aspetti medico-legali della dermatoscopia, delle problematiche inerenti la Responsabilità Civile ed il contenzioso
- aver migliorato le proprie capacità diagnostiche e gestionali nei confronti dei tumori cutanei melanocitari e non melanocitari nelle presentazioni più classiche e più inconsuete e delle patologie cutanee infiammatorie.

# MEETING

## LICHEN SCLEROATROFICO

associato a Carcinoma Squamocellulare

Paziente con Lichen Sclero Atrofico confermato istologicamente che dopo 6 anni dalla diagnosi sviluppa una lesione nodulare, asportata chirurgicamente con losanga semplice, per il sospetto di Carcinoma Squamocellulare, confermato dall'Anatomo Patologo.



## MELANOMA VULVARE

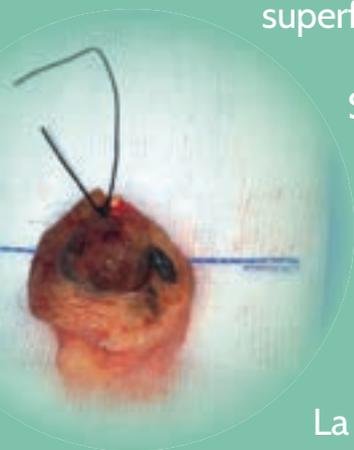
Paziente di anni 47 che presenta una neoformazione nodulare in regione vulvare inviata in consu- lenza dalla collega ginecologa colposcopista per un consulto urgente.

Clinicamente si apprezza un nodulo di dimensioni pari a 3,5 cm di diametro la cui superficie si pre-senta sub-erosiva. La lesione è dolente spontaneamente.

Si osservavano, inoltre, i caratteri di una lesione a tendenza infiltrativa sebbene la struttura esterna appaia di tipo sessile.

La lesione è caratterizzata dalla presenza di più colori disomogenei e tipici delle lesioni nodulo-iperemiche. Ai bordi è presente una chiazza pigmentata caratterizzata da una pigmentazione intensa, tipica delle lesioni melanocitarie iperpigmentate delle mucose.

La neoformazione è stata asportata chirurgicamente per sospetto melanoma confermato istologicamente: Melanoma ulcerato e polipoide con spessore, sec. Breslow, mm 9. popolazione ceflulare epitelioide con quota mitotica superiore ad lxmmq





L'ANGOLO  
DELL'ESPERTO

# LE PROCEDURE INIETTIVE IN DIAGNOSTICA E TERAPIA:

la rilevanza medico-legale e giuridica della  
prevenzione degli eventi avversi cutanei e sistemici

V. Cirfera, Dermatologo  
G. Toma, Medico- Legale  
C. Prete, Avvocato

Una delle peculiari funzioni del medico pratico è quella di intervenire, con la somministrazione di sostanze utili e necessarie al paziente, nei vari percorsi diagnostico-terapeutici, sia in ambito ospedaliero che a domicilio; talvolta, durante tali procedure, il sanitario può imbattersi in eventi avversi, che possono potenzialmente arrecare danno alla salute. Tali eventi si estrinsecano in effetti tossici sull'organismo, quasi sempre dose-dipendenti e reazioni avverse, dose indipendenti, a prevalente genesi immunologica, entrambi meglio noti come ADR, acronimo inglese derivante da "Adverse Drug Reactions". Solo per gli effetti negativi prevedibili può essere messo in atto un approccio preventivo, che, oltre a tutelare la salute del paziente, tutela il sanitario da critiche e contestazioni di cattiva pratica clinica, da violazioni etico-deontologiche e, soprattutto, da risvolti medico-legali, qualora viene lesa ingiustamente un diritto, nella fattispecie di ordine sanitario. Di contro, nulla può essere addebitato al comportamento dell'operatore, se la reazione dannosa indesiderata sia stata imprevedibile, imponderabile o fortuita, oppure quando la stessa si sia ugualmente verificata nonostante il massimo impegno professionale profuso per impedirla.

**PAROLE CHIAVI:** Reazioni Avverse - Prevenzione di esse - Responsabilità Professionale

## Introduzione

Le reazioni avverse a sostanze farmacologiche, terapeutiche o meno, costituiscono uno degli aspetti più critici della medicina moderna, in quanto possono manifestarsi con quadri clinici gravi e pericolosi per la vita. Finalità del presente lavoro non è lo studio delle ADR in senso stretto, compito che comunque sarà affrontato in uno dei prossimi capitoli della rivista, ma quello della prevenzione delle reazioni prevedibili in tutti i soggetti, con speciale attenzione a quelli noti per essere a rischio. La prevedibilità di un evento e la sua prevenibilità rappresentano la "chiave di volta" per la corretta formulazione del giudizio sulla responsabilità professionale del sanitario, ove la si contestasse, con particolare riguardo, in tale sede, alla somministrazione di sostanze farmacologiche per via parenterale, evenienza che più di altre condiziona la frequenza e la gravità degli effetti negativi, come nel caso delle procedure iniettive di mezzi di contrasto in diagnostica medica, di anestetici locali e generali e antibiotici in terapia parenterale anti-infettiva o di Fans in terapia sistemica antiflogistico-antalgica (Tab. n.1). La farmaco-vigilanza e sorveglianza e l'anamnesi costituiscono i pilastri più appropriati su cui costruire la premessa ideale per una prestazione sanitaria quanto più possibile sicura e scevra di inconvenienti.



## Note di epidemiologia

Le reazioni avverse da farmaci si realizzano in una percentuale rilevante di casi e possono essere classificate in base al loro esordio, alla severità di insorgenza e decorso e organi coinvolti, rappresentando, quindi, un tema di particolare interesse di salute individuale e pubblica e clinico interdisciplinare, coinvolgente diverse figure specialistiche quali clinici, radiologi, farmacologi e dermatologi, quest'ultimi in primis per la preponderante ricorrenza di eventi cutanei. La cute è, infatti, l'apparato più comunemente colpito (Tab. n. 2) dalle reazioni da sostanze estranee introdotte nell'organismo per scopi terapeutico-farmacologici o diagnostici [1,2,3]. Riguardo a questi ultimi, non sono infrequenti i casi balzati agli onori della cronaca, anche di recente: "... Napoli, muore durante una tac dopo che gli iniettano mezzo di contrasto ... 3/05/2010, Corriere del Mezzogiorno ..." [1]

Circa il grado dell'evento, è stato calcolato che 1 su 1000 pazienti ospedalizzati vada incontro a una grave reazione

cutanea da farmaci [4]. L'incidenza delle ADR, sia cutanee che extra-cutanee, non è facilmente rilevabile per la difficoltà nello stabilire un sicuro rapporto di causa/effetto tra farmaco e manifestazione clinica, anche se, con buona approssimazione, si può affermare che (M. Salvati)[5] il 5-10% dei pazienti, trattati con farmaci, manifesta una reazione avversa e gli eventi avversi costituiscono circa il 12% degli accessi nei dipartimenti di emergenza; a tale accesso segue il ricovero in circa il 5% dei casi, ovvero il 3-5% dei ricoveri ospedalieri è da correlare ad ADR e, infine, il 15/20% delle degenze ospedaliere per motivi non imputabili a farmaci, è complicato da ADR. Secondo una recente stima negli USA le ADR si collocano dalla quarta alla sesta causa di morte e sono causa rilevante di spesa; ad esempio è stato calcolato che i costi diretti della tossicità da farmaci vanno da 30 a 130 bilioni di dollari in

un anno, superiori a quelli provocati dal diabete [6-7-8-9]. Per converso, l'incidenza delle reazioni a mezzi di contrasto non sono frequenti, ricorrendo in media nell'1% degli esami diagnostici [10]; l'introduzione nella pratica clinica dei mezzi di contrasto non ionici, a bassa osmolarità, ha ridotto significativamente il verificarsi di tali reazioni, tuttavia l'incidenza delle stesse conserva una frequenza variabile dello 0.7-3.1% per le manifestazioni di intensità e gravità moderata e dello 0.02-0.04% dei casi gravi o gravissimi e infausti [11-12].

## Classificazione e note cliniche



Per ADR grave si intende qualsiasi reazione da farmaci che

# NOXAE DI EVENTI AVVERSI



TABELLA n. 1: Possibili noxae di ADR

Tossici o di tipo A



Reattivi o di tipo B



# Eventi Avversi

dose dipendenti e prevedibili

dose indipendenti e imprevedibili

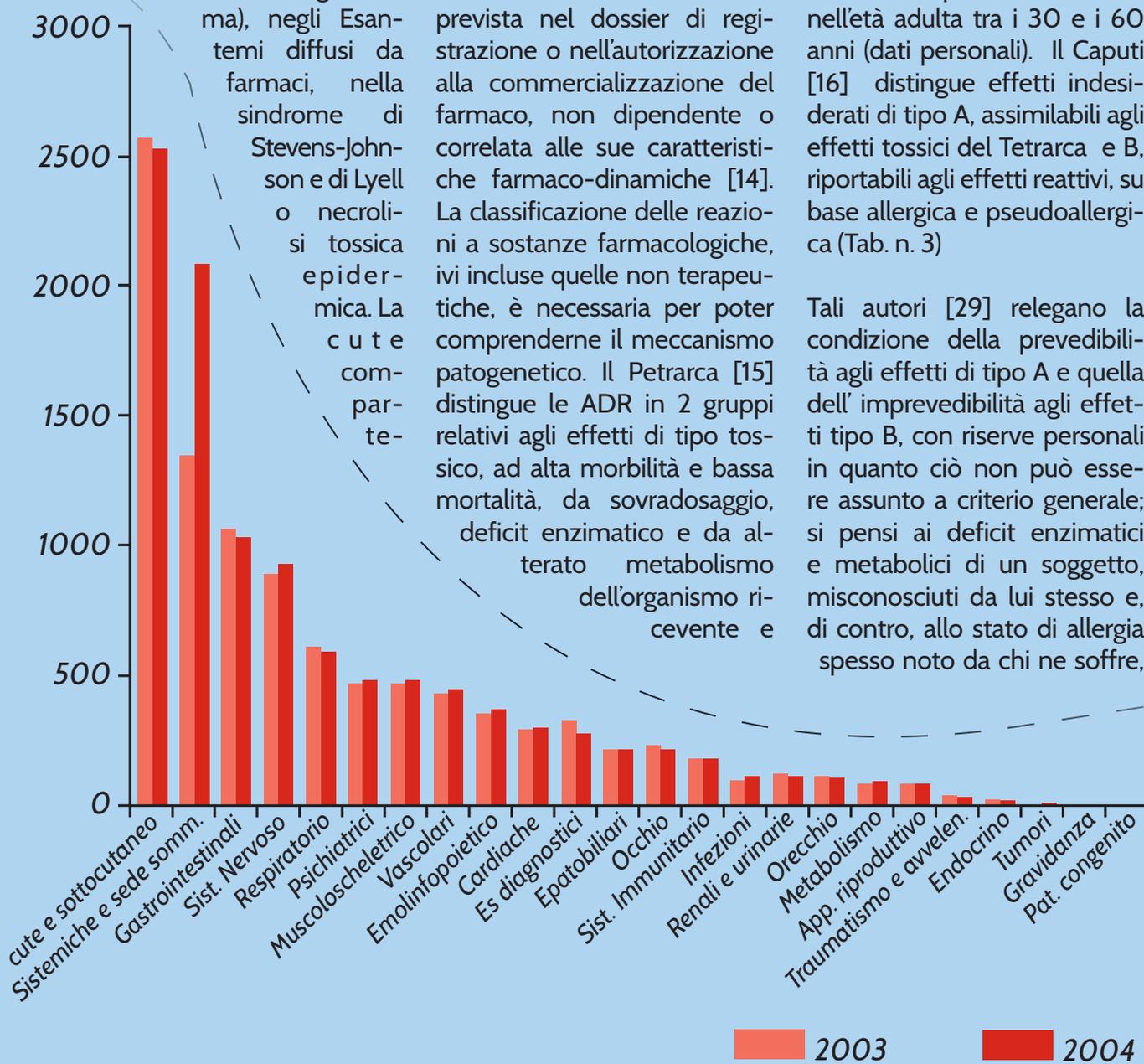
provoca la morte di un individuo o è rischiosa per la vita, oppure richiede o prolunga l'ospedalizzazione, provoca disabilità o incapacità persistente o significativa. Le reazioni cliniche cutanee gravi rientrano nella SOA (Sindrome

Orticaria-Angioedema), negli Esantemi diffusi da farmaci, nella sindrome di Stevens-Johnson e di Lyell o necrolisi tossica epidermica. La cute compare

in modo essenziale anche nell'ambito di uno Shoch Anafilattico o reazione anafilatoide, che sono gli eventi più temuti, imprevedibili, non dose-dipendenti e potenzialmente fatali [13]. Per ADR inattesa si intende una reazione avversa sconosciuta, non prevista nel dossier di registrazione o nell'autorizzazione alla commercializzazione del farmaco, non dipendente o correlata alle sue caratteristiche farmaco-dinamiche [14]. La classificazione delle reazioni a sostanze farmacologiche, ivi incluse quelle non terapeutiche, è necessaria per poter comprenderne il meccanismo patogenetico. Il Petrarca [15] distingue le ADR in 2 gruppi relativi agli effetti di tipo tossico, ad alta morbilità e bassa mortalità, da sovradosaggio, deficit enzimatico e da alterato metabolismo dell'organismo ricevente e

in effetti reattivi propriamente detti su base immunologica ed extraimmunologica o da intolleranza, ad alta mortalità ma a bassa morbilità, costituendo non più del 25% circa del totale degli eventi avversi e interessando meno l'età infantile, con un picco di incidenza nell'età adulta tra i 30 e i 60 anni (dati personali). Il Caputi [16] distingue effetti indesiderati di tipo A, assimilabili agli effetti tossici del Tetrarca e B, riportabili agli effetti reattivi, su base allergica e pseudoallergica (Tab. n. 3)

Tali autori [29] relegano la condizione della prevedibilità agli effetti di tipo A e quella dell'imprevedibilità agli effetti tipo B, con riserve personali in quanto ciò non può essere assunto a criterio generale; si pensi ai deficit enzimatici e metabolici di un soggetto, misconosciuti da lui stesso e, di contro, allo stato di allergia spesso noto da chi ne soffre,



# LE PROCEDURE INIETTIVE



e classificazione; è oggi ampiamente dimostrato che molte di queste reazioni hanno origine genetica. Le reazioni allergiche o di ipersensibilità costituiscono il 6-10% di tutte le reazioni avverse, per l'estrinsecazione dei cui effetti è necessaria una prima fase di sensibilizzazione dell'organismo alla sostanza immunogena, scatenamento e reiterazione dell'effetto ad ogni successiva somministrazione della sostanza. Una volta che UN FARMACO ha attivato un processo di sensibilizzazione mediato da anticorpi o di linfociti T specifici, la risposta immunologia attiva potrà provocare un danno attraverso quattro meccanismi fondamentali [tab. n 4]

I Medicamenti e loro additivi sono i fattori causali più frequenti di ADR, sia per os che per via parenterale, responsabili di circa il 70% di tutte le orticarie ad eziologia nota, quadro clinico più ricorrente

di ADR cutanee, il cui meccanismo di insorgenza più frequente è immunopatologico, di tipo I. o III. Teoricamente tutti i farmaci possono provocare reazioni orticariose, in quanto sostanzialmente costituenti sostanze estranee all'organismo, ma quelli più frequentemente coinvolti sono, Antibiotici, nella fattispecie Penicillina, suoi derivati e molecole chimicamente affini, seguiti dai Fans, in particolare ASA, derivati del Piramidone e Analgesici, Barbiturici, Benzodiazepine, Ormoni e lassativi, Additivi come coloranti azoici, Conservanti come benzoato di sodio, paraidrossibenzoato di metile, bisolfito di sodio, ecc [18]. Gli effetti indesiderati da anestetici locali sono solo nell'1% dei casi riferibili ad un meccanismo immunologico; la maggior parte delle loro reazioni avverse è da considerare di tipo pseudo-allergico, dose-dipendente. Il rischio di reazioni avverse agli anestetici locali nei soggetti atopici non è superiore a quello osservabile nella popolazione generale [19], però l'indagine allergologica preventiva è meritevole ugualmente di essere tenuta in debito conto. Gli anestetici generali e gli oppiacei causano reazioni rare ma gravi, alcune delle quali IgE mediate, altre dovute al solvente del farmaco, altre ancora all'azione istamino-liberatrice propria o diretta del farmaco; i miorellassanti, possono causare reazioni anafilattiche sia con meccanismo immunologico - IgE mediato che con azione istamino-liberatrice; i mezzi di contrasto iodati nell'ambi-

per aver già sperimentato uno o più episodi di malessere nel corso della sua vita. L'assetto genetico variabile da soggetto a soggetto differenzia la risposta biologica, rendendo complessa l'analisi della prevedibilità. Le reazioni di origine genetica o idiosincrasica per lungo tempo hanno compreso gli effetti indesiderati da farmaci di difficile ed incerta comprensione

## Reazioni immunopatologiche secondo Gell e Coombs

**1** IgE mediato   
anafilassi, orticaria, asma  
(allergie in senso stretto)

**2** citotossico   
anemia emolitica,  
piastrinopenia,  
nefrite interstiziale

**3** immunocomplessi   
malattia da siero,  
vasculite

**4** cellulomediato   
dermatite da contatto,  
rash



to dei quali quelli ionici sono potenzialmente più rischiosi, inducono effetti indesiderati con meccanismo solo eccezionalmente immunologico. I FANS, quali l'acetilsalicilato di lisina, sono di frequente responsabili di reazioni di tipo pseudo-allergico o d'intolleranza e caratterizzati, altrettanto frequentemente, dal fenomeno della crossreattività tra essi. Diversi sono i quadri clinici extracutanei originati dalle reazioni allergiche o pseudoallergiche da farmaci, anche da parte di uno stesso farmaco sulla base dell'innescio di differenti meccanismi patogenetici e i più degni di nota sono:

**A. REAZIONI ANAFILATTICHE:** sono reazioni di tipo immediato, causate principalmente

dalle IgE, I tipo della classificazione di Gell e Coombs, sopra riportata). Si verificano entro un intervallo di tempo che varia da pochi minuti a diverse ore dalla reintroduzione del farmaco. Possono essere generalizzate, sotto forma di shock anafilattico acuto sistemico, verificantesi solo in minima percentuale di casi, o localizzate, quali orticaria, edema angioneurotico, asma bronchiale, disturbi del tratto gastrointestinale. Lo shock anafilattico è più comune con farmaci somministrati per via intramuscolare o endovenosa, molto più raro dopo somministrazione orale, per cutanea o inalatoria. Lo shock anafilattico e le reazioni anafilattiche immediate sono di solito provocate da penicillina, sieri eterologhi e mezzi di contrasto iodati.

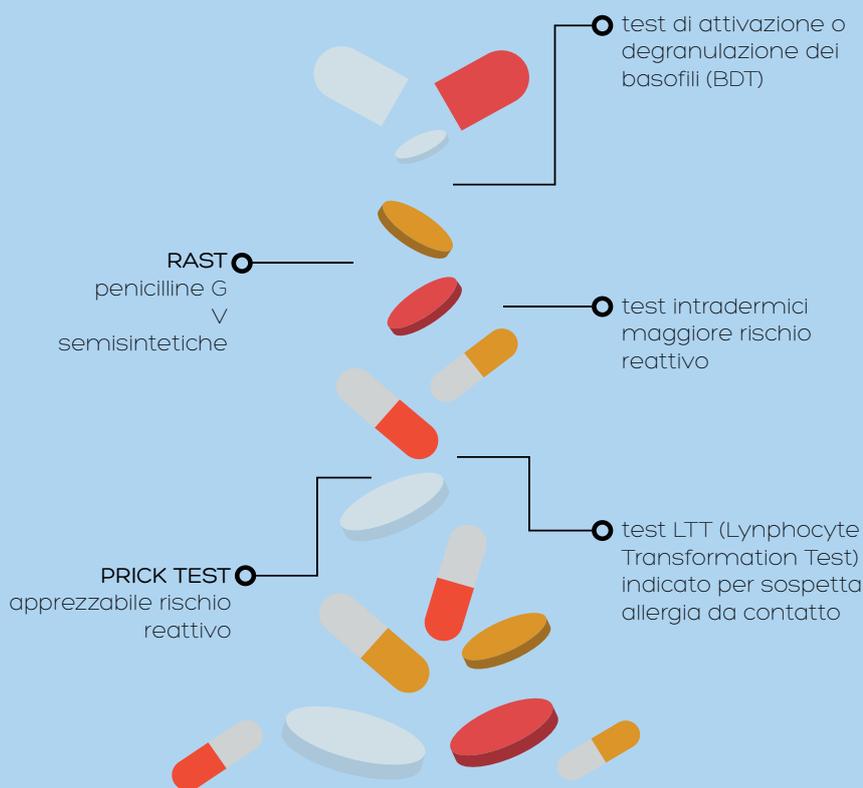
**B. ASMA BRONCHIALE** è la più comune reazione extracutanea di tipo respiratorio. Può verificarsi nell'ambito di una reazione anafilattica sistemica o come manifestazione unica, in alternativa o in associazione al laringospasmo.

**C. MANIFESTAZIONI CARDIACHE, GASTROINTESTINALI E NEUROLOGICHE** possono rappresentare evenienze non di raro riscontro. I sintomi con cui si possono rivelare sono noti in termini di ipotensione fino al collasso cardiocircolatorio, disturbi del ritmo fino all'arresto cardiaco, tremori diffusi fino alle convulsioni vere e proprie, manifestazioni parestetiche accompagnate da nausea, vomito, diarrea e dolori addominali e affezioni epatiche come l'ittero ostruttivo da fenotiazine e l'epatite da alotano, da metildopa, PAS e sulfamidici e, forse, da estolato di eritromicina. La severità degli eventi avversi (Tab. n. 5.) viene classicamente distinta in lieve, moderata e severa. Vengono definiti lievi quegli eventi che causano una modificazione dello stato di salute del paziente, senza tuttavia pregiudicarne la prognosi quoad vitam; si qualificano invece severi quei fenomeni che alterano le condizioni cliniche del paziente fino a condizionarne la prognosi quoad vitam.

## Prevenzione

Circa il 60% degli eventi avversi da farmaci potrebbe essere prevenuto con adeguate procedure di identificazione del rischio e appropriati pre-tratta-

## SOSPETTA ALLERGIA A FARMACI: TEST IN VITRO



sono utili per confermare il dato anamnestico ed hanno un' apprezzabile rilevanza clinica e medico-legale. Essi sono molteplici [15] e si suddividono in prove "in vivo" e in vitro (Tab. n. 6). Le prime, a loro volta, possono essere distinte a basso rischio, come le prove epicutanee e ad alto rischio, quali i prik tests e i tests di provocazione orale, dal momento che non può essere esclusa una reazione dannosa in sede di test o immediatamente dopo. Le seconde prove sono costituite dal dosaggio ematico delle IgE totali (o PRIST), poco specifico, dal dosaggio ematico delle IgE specifiche (o RAST), ad alta specificità, ma limitata a pochi farmaci (penicilline, insulina porcina, bovina e umana, ACTH, protamina, tetano tossoide, chimopapaina) e infine dal test di trasformazione linfocitaria, che documenta solo l'avvenuto contatto tra il farmaco ed il sistema immunitario e riveste un interesse sperimentale, con scarse applicazioni cliniche pratiche. I limiti delle prove allergologiche [21] sono accentuati, inoltre, dal fatto che esse sono capaci di rilevare una reattività soltanto di tipo immunologico, in parti-

menti farmacologici [20]. Fondamentale e primaria misura di prevenzione è l'identificazione dei soggetti "a rischio" da parte del medico proponente la procedura, prescrittore e/o esecutore di essa, in specie da parte di quest'ultimo, in quanto per configurarsi colpa professionale giuridicamente rilevante, occorre un'effettiva prevedibilità dell'evento in termini non generici, ma in concreto, ovvero in rapporto al caso specifico. Occorre, cioè, che in sede pre-operativa il sanitario valuti bene l'effettiva possibilità o probabilità nel paziente di avere un aggravamento del rischio generico o specifico noto all'impiego della sostanza, in relazione al preesistente, altrettanto noto, stato di sensibilità nei confronti della medesima sostanza o di altre che con la prima hanno una reattività crociata, ovvero

alla conoscenza di condizioni morbose predittive di alterata risposta al farmaco prescritto. A tal fine sono stati proposti protocolli procedurali diversi, basati primariamente sull'anamnesi, mirata a rilevare precedenti reazioni avverse; Dati statistici dimostrano come la sola indagine anamnestica, se eseguita con accuratezza e competenza, consenta di individuare il 57% di soggetti a rischio (Nielsen N.H. ed Al). Importanza secondaria, rispetto a quanto si riteneva nel passato, rivestono i tests allergologici, ossia viene sempre più messa in discussione la loro validità predittiva o affidabilità diagnostica preventiva; infatti, se negativi, non sono indice certo di assenza di sensibilizzazione, cioè non "certificano" la sicurezza assoluta della sostanza "testata". Se positivi, invece,



colare di I tipo e solo a sostanze ad elevato peso molecolare (enzimi, vaccini, insulina) o che, reagendo in loco con proteine, assumono potere immunogeno (antibiotici beta-lattamici);

# LE PROCEDURE INIETTIVE

viceversa, sono inutili se la sostanza testata funge da aptene, senza potere antigenico o innesca meccanismi di azione diversi da quelli allergici. Inoltre, non sempre agevole è la lettura e l'interpretazione dei risultati, sussistendo margine di errore per falsi positivi (da azione irritativa del farmaco sulla cute) o falsi negativi (per eccessiva diluizione del farmaco). Inoltre, il rischio del verificarsi di reazioni anafilattiche sistemiche, a possibile esito letale, anche in soggetti con anamnesi reattiva negativa, rende altamente consigliabile l'esecuzione di tali prove in ambienti specialistici e protetti, come quelli ospedalieri attrezzati.

L'indicazione e, soprattutto, l'effettuazione dei tests spetta agli esperti del settore, dal mo-

mento che solo l'allergologo potrà individuare quale tra i differenti farmaci assunti o da assumere possa rispettivamente aver provocato la reazione o possa essere selezionato per i soggetti a rischio (Tab. n. 7), utilizzando alcuni test cutanei o di laboratorio e, in casi particolari, il test di provocazione. Una dettagliata anamnesi, un'esatta descrizione del quadro clinico, i dati essenziali di laboratorio, come la presenza di eosinofilia, sono indicatori importanti e a volte sufficienti per formulare una diagnosi di ipersensibilità a farmaci. Tutti i soggetti allergo-immunopatici, atopici o comunque con diatesi reattiva nota, devono essere pre-medicati nei giorni precedenti le pratiche anestesologiche e diagnostiche da attuare mediante mezzi di

contrasto [22]. Particolari affezioni cardio-vascolari, quali il prolasso della mitrale e la terapia in atto con beta-bloccanti, nonché terapie antidiabetiche a base di metformina (da sospendere eventualmente circa tre giorni prima dell'esame diagnostico) possono peggiorare il decorso clinico di un eventuale shock anafilattico o essere responsabili di reazione orticariose, anche a rapida insorgenza (dati personali); i disturbi metabolici e la disidratazione possono aumentare il rischio di ipersensibilità al mezzo di contrasto iodato. In virtù di tali verità, sarebbe utile approntare un questionario preventivo (Tab. n. 8) da sottoporre al soggetto a rischio o presunto o sospetto tale, per meglio definire la sussistenza reale, il grado e la tipologia di esso.



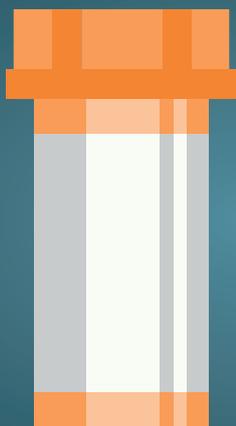


E' utile, anzi auspicabile ai fini della riduzione del rischio clinico, una collaborazione tra medico curante, che conosce bene la storia clinica del suo paziente, e l'operatore che deve effettuare l'intervento diagnostico o terapeutico. Ad esempio, insieme alla richiesta di esame TC o RM con mezzo di contrasto dovrebbe essere allegata una scheda anamnestica che informa il radiologo sulle condizioni cardio-circolatorie, respiratorie e renali del paziente, oltre ad eventuali altre già note condizioni di rischio allergico; ciò permetterebbe di rilevare immediatamente eventuali limitazioni o controindicazioni all'esame a vantaggio dell'appropriatezza prescrittiva, dell'ottimizzazio-

ne nella preparazione del paziente. Una volta che il medico prescrivente ha potuto verificare la candidatura del paziente alla TC o RM con mezzo di contrasto, può passare alla raccolta del consenso informato, procedura preliminare indispensabile per poter erogare la prestazione: se il paziente non dà il consenso è inutile prenotare l'esame. Infatti, l'approccio diagnostico preventivo deve essere integrato e perfezionato dal consenso informato, atto medico, questo, che è parte integrante della funzione medica e, attualmente, di notevole rilevanza dal punto di vista medico-legale. Per la Cassazione [23] il medico che somministra direttamente al paziente un farmaco, con pos-

sibili o probabili effetti collaterali pericolosi per la sua salute, è tenuto, nei tempi adeguati, a fornirgli informazioni dettagliate in merito, in assenza delle quali, è penalmente responsabile per colpa, qualora in conseguenza degli effetti collaterali collegati alla somministrazione del farmaco, il paziente dovesse subire degli eventi lesivi (A. Marra, Milano). Anche e soprattutto il paziente che ha "vissuto" un'esperienza negativa, deve collaborare alla prevenzione del rischio sulla sua persona, annotando nome del farmaco e dosaggio utilizzato, via di somministrazione, intervallo di tempo intercorso fra somministrazione e comparsa della reazione, tipo e sua durata e le eventuali terapie

# proposta di pre-medicazione



## STEROIDI

**PREDNISONE:**  
50mg dodici ore e due ore prima  
25mg sei ore a partire da ventiquattro ore prima  
50mg tredici ore prima, sette ore e un'ora prima

**DIMETILPREDNISOLONE:**  
32mg sei ore prima a partire da diciotto ore prima della  
procedura



## ANTISTAMINICI

**ANTI H1:**  
clorfeniramina fiale 10mg: una fiala per i.m. un'ora prima dell'intervento

**ANTI H1 + ANTI H2:**  
clorfeniramina 8mg un'ora prima del test  
ranitidina 300gr da una a tre ore prima del test

TABELLA n. 9

praticate e, insieme al suo medico curante o di fiducia, programmare un piano di lavoro i cui punti essenziali vertono nell'evitare assolutamente il farmaco che ha determinato le reazioni avverse, utilizzare i medicamenti solo in caso di necessità, privilegiare la somministrazione per via orale, a dosi frazionate, evitando la via parenterale, utilizzare farmaci che, per struttura chimica, si differenziano da quelli responsabili dello sviluppo di reazioni avverse, per scongiurare la cross-reattività. In linea generale, in tema di Farmaci Terapeutici, si dovranno evitare gli antibiotici Beta-lattamici (Penicilline, Aminopenicilline, Carbossipenicilline, Ureidopenicilline, Sulfossipenicilline e Cefalosporine), per la loro capacità di indurre reazioni allergiche; dovranno essere evitati gli analgesici ed antinfiammatori a base di acido acetilsalici-

lico, pirazoloni, fenilbutazone ed aminofenazone, la vit. B1, B12 ed estratti d'organo, l'uso di sieri eterologhi a favore di quelli omologhi, ossia tutte sostanze che frequentemente inducono reazioni. Nel caso in cui sia necessario effettuare terapie antibiotiche, utilizzare di preferenza, sempre sotto controllo del proprio medico, gli aminoglicosidi (es. Gentamicina, Amikacina, Neomicina, Streptomina, Tobramicina, etc.), i macrolidi (es. Claritromicina, Eritromicina, Miacamicina, Roxitromicina, Spiramicina), le lincosamine (es. Lincomicina), le tetracicline, i macrolidi (es. Eritromicina, Clortetraciclina, Demerclorociclina, Minociclina, etc.), le rifamicine (es. Rifampicina) e la Vancomicina". In caso di necessari interventi chirurgici con anestetici locali e indagini radiologiche indispensabili, che prevedano l'uso di mezzi di contrasto in individui a rischio, è

consigliabile utilizzare un anestetico locale di classe diversa di quello a cui il paziente è intollerante, per es. se è implicato un estere si dovrebbe utilizzare un'amide o nel caso sia implicato un'amide si potrebbe utilizzare un altro amide, dato che non è stata mai descritta una rilevante cross-reattività tra i gruppi amidici e nel caso di mezzi iodati dovrebbero essere usate sostanze non ioniche, a bassa osmolarità e non iodate per la minore chemiotossicità, come il gadolinio e procedere a premeditazione con cortisonici e antistaminici per via generale, a partire da 1-2 giorni precedenti l'esame o la procedura da effettuare e, in alcuni casi, entro le successive 12 ore dall'esecuzione dell'indagine, a seconda delle varie proposte di protocollo e della situazione clinica del paziente, esemplificate in Tabella n.9 [24]. Lo scopo del protocollo

# LE PROCEDURE INIETTIVE

di pre-medicazione è quello di ridurre l'incidenza e la severità, ovvero la prevenzione delle reazioni di ipersensibilità in pazienti "a rischio". In base allo stato dell'arte, un pre-trattamento antireattivo ottimale [25] è basato su una dose ripetuta di steroide, a bassa attività mineralcorticoide e alta glucocorticoide, 12 ore e 2 ore prima della somministrazione del mezzo di contrasto o dell'anestetico, oppure ogni 6 ore iniziando 18 ore prima del test e una associata pre-medicazione con H1 e H2 antagonisti. Inoltre, secondo altri studi, può essere somministrata, facoltativamente in base al caso specifico, Epinefrina Solfato 25 mg per os, un'ora prima del test [26] e Prednisone 25 mg, una compressa 12 ore dopo l'es-

della sostanza è obbligatoria, ovvero necessaria e indispensabile in soggetti noti per aver realizzato una precedente reazione avversa. I suddetti protocolli sono inapplicabili, per ovvie ragioni, nel caso di cicli terapeutici ovvero di ripetuta somministrazione di farmaci, di solito antibiotici. In tal caso si consiglia l'alternativa più sicura, ossia, oltre il ricorso alla via orale con dosi refratte nell'arco della giornata, come su descritto, si raccomanda di avere sempre pronto l'armamentario terapeutico a base di adrenalina, cortisone ed antistaminici di facile ed efficace somministrazione in ambiente extra-ospedaliero, per es. per via sublinguale. Per le vaccinazioni in soggetti a rischio, l'ambiente ideale di loro

la quale il medico che somministra o è responsabile della somministrazione di sostanze potenzialmente rischiose è obbligato alla sua formazione in tecniche rianimatorie di emergenza, da effettuarsi in ambiente idoneo e attrezzato congruamente, sia dal punto di vista farmacologico che strumentale e con gli ausili e dispositivi necessari. La messa in atto delle corrette manovre rianimatorie entro un'ora dalla reazione è procedura indispensabile per salvare una vita umana.

## Aspetti medico-legali [29]



Una recente sentenza della Corte dei Conti della Sicilia (Sent. n. 1437 del 29.06.2010) conferma una costante dottrina e giurisprudenza, secondo cui una dichiarata allergia a farmaci impone approfondimenti prima della somministrazione, in assenza dei quali è contestabile una condotta professionale non conforme ai dettami clinici, etico-deontologici e giuridici [29] Comunque, non ogni condotta diversa da quella doverosa implica colpa grave ma solo quella che sia caratterizzata da particolare negligenza, imprudenza od imperizia e che sia posta in essere senza

62 Responsible

me. E' dimostrato che l'associazione di glucocorticoidi ed antistaminici riduce significativamente la frequenza di reazioni anafilattiche e anafilattoidi. Ciò non significa che tale procedura sia universalmente accettata [27] e che la sua efficacia possa essere garantita nella totalità dei casi [28] I protocolli devono essere estesi a 3 giorni prima della procedura e a 1 giorno dopo, nel caso in cui la somministrazione

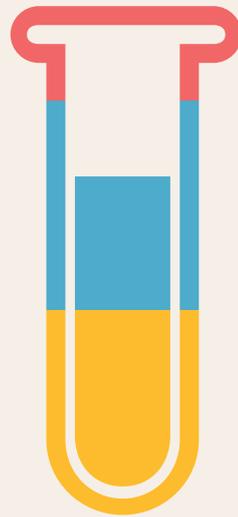
senza dubbio, un ambulatorio attrezzato o un pronto soccorso; infatti il ruolo preventivo della premedicazione non è garantito al 100%, per cui la tempestività d'intervento in presenza di reazione avversa rappresenta ancora la più idonea misura preventiva, così come già ben chiarito dalla circolare ministeriale del 17/9/97, secondo

l'osservanza, nel caso concreto, di un livello minimo di diligenza, prudenza o perizia. Tale livello minimo dipende dal tipo di attività concretamente richiesto all'agente e dalla sua particolare preparazione professionale nel ruolo e mansione a cui è preposto. Applicando tali principi di carattere generale alla fattispecie concreta, si è affermata l'esistenza della colpa grave del sanitario che con negligenza ed imperizia, non accertava la sussistenza di eventuali allergie, pur in presenza della dichiarazione fornita dal marito della paziente, fatto che, di per se, imponeva i necessari approfondimenti prima della somministrazione del farmaco allergizzante [30]. La conoscenza delle reazioni avverse a farmaci assume, quindi, notevole interesse medico-legale perché è presupposto e garanzia per la prevenzione del rischio prevedibile" [31]. E' censurabile per colpa e/o persino per dolo, l'omissione della prevenzione del rischio allergologico in pazienti allergopatici noti, si pensi alla somministrazione di filler senza il necessario duplice tests cutaneo in soggetto allergico alla sostanza impiantata. L'inadempimento delle misure di prevenzione e l'inosservanza delle giuste precauzioni espongono il sanitario a colpa grave per omissione, secondo quanto previsto dalla parte seconda dell'art. 40 del codice penale, secondo cui "... Non impedire un evento, che si

## RESPONSABILITA'

rendere conto del proprio operato

la sua accezione negativa si concretizza solo se sussiste una correlazione tra:



CONDOTTA ERRATA

EVENTO DANNOSO

DANNO INGIUSTO

ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo". In materia di valutazione del reato colposo, così come nella responsabilità professionale nelle reazioni allergiche da farmaci, l'elemento cardine è costituito proprio dalla prevedibilità dell'evento e, conseguentemente, dalla possibilità e dalla capacità di prevenirlo. Secondo la Cassazione Penale [32] e i codici, infatti, la prevedibilità consiste nella possibilità di prevedere l'evento dannoso conseguibile al rischio noto, evenienza che consente al sanitario di mettere in atto le misure idonee a prevenirlo e non incorrere in colpa; l'alveo della responsabilità sanitaria è colposa nella maggior parte dei casi, essendo il dolo un'evenienza lontana dall'agire del medico, o almeno così dovrebbe essere nella totalità dei casi, proprio per la definizione e le finalità del-

la professione sanitaria. L' Art. 43 del Codice penale sull' elemento psicologico del reato, così recita: "Il delitto è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline". Pertanto, la colpa consiste in una condotta volontaria, commissiva od omissiva, non jus e contra jus, da cui deriva un evento dannoso non voluto ma prevedibile, prevenibile ed evitabile, ovvero che si poteva e si doveva evitare con la comune diligenza, concetto giuridico ampio che riassume in sé l'impegno che il professionista competente e aggiornato dovrebbe approfondire nel suo agire professionale quotidiano. La prevedibilità è il criterio principale per definire imprudente o negligente la condotta dell'agente, ovvero è l'elemento di

Responsible

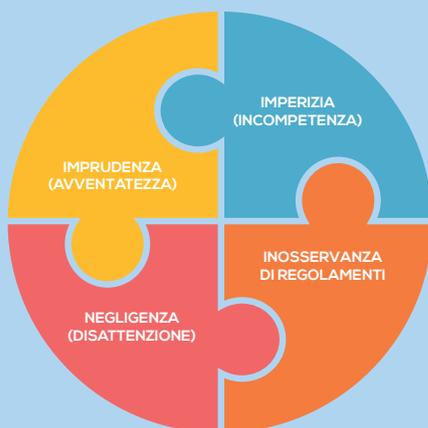


spettare già nel consenso informato in sede pre-operativa, e quello dell'alta professionalità, che si perfeziona nel contesto strutturale operativo adeguato. In linea con tali principi, oltretutto notevolmente importante nell'ambito della riduzione del rischio nelle procedure iniettive, si pone la tematica della prescrizione e somministrazione di farmaci in modalità "off label", letteralmente "fuori dall'etichetta autorizzata", in base al disposto della legge 94/98, tematica che recentemente [36] si è arricchita di un altro criterio di selezione o limitazione riferito alla necessità di appurare, per i farmaci "non labelled", l'esistenza di studi sperimentali, almeno di classe II, non essendo più sufficienti i criteri basati sulla loro efficacia e tollerabilità scientificamente documentate, per non incorrere in colpa, qualora dalla loro somministrazione, ne derivassero danni alla persona. In tali casi, acquisito il consenso

giudizio essenziale per una definizione di colpa. Infatti, nell'ipotesi in cui, malgrado la dovuta attenzione e diligenza, l'agente non abbia potuto prevedere l'evento, in quanto non oggettivamente prevedibile da parte della media dei professionisti di categoria, la condotta non può qualificarsi come antidoverosa e quindi non sussiste delitto colposo [33], fermo re-

stando i tre principi fondamentali [34] di riferimento dell'operatore accorto e diligente, supportati anche dal codice deontologico [35], ovvero il principio del "primum non nocere", a salvaguardia della salute e dell'integrità psico-fisica del cittadino ammalato, il principio dell'oculata valutazione del bilancio vantaggi/svantaggi, ovvero rischi/benefici, da pro-

## CAUSE DELLA COLPEVOLEZZA



### COLPA

RICORRE QUALORE SI REALIZZA UN EVENTO DANNOSO NON VOLUTO, PREVEDIBILE E PREVENIBILE, MA NON PREVENUTO PER

### DOLO

DELIBERATA VOLONTA' A CAGIONARE L'EVENTO DANNOSO



scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti. E' obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico. Il D. L. 30 ottobre 1987, convertito in Legge 29 dicembre 1987, n. 531, contiene, all'art. 9, norme sulla farmaco-vigilanza e ulteriori norme di condotta, cui il sanitario deve attenersi: "I medicinali sono sottoposti a farmaco-vigilanza secondo le disposizioni del presente articolo. I casi mortali e quelli che pongono il paziente in pericolo di vita o che possono determinare una lesione permanente devono essere oggetto di apposita relazione, da trasmettere al Ministero della Sanità entro quindici giorni dal verificarsi dell'evento. Alle relazioni sono in ogni caso allegare le schede redatte dai sanitari ai sensi del comma 3. Tutti i medici curanti, indipendentemente dalle modalità di esercizio della loro attività, sono tenuti a comunicare all'u-

rità sanitaria locale territorialmente competente gli effetti indesiderati di cui al comma 2 entro dieci giorni dalla conoscenza degli stessi o, nei casi mortali, e negli altri di particolare gravità descritti al comma 2, entro ventiquattro ore". Qualora da un intervento medico, ovvero da un'omissione di intervento che doveva essere effettuato, scaturiscano dei danni alla persona, la valutazione della responsabilità professionale richiede la sussistenza provata del nesso di causalità, secondo il disposto della prima parte dell'art. 40 c.p. tra condotta e sue conseguenze, anche nell'ambito dell'approccio decisionale pre-intervento in ordine alla corretta indicazione ed effettiva necessità della somministrazione terapeutica e/o diagnostica del farmaco ed all'esistenza di alternative note per essere più sicure, rispettando il summenzionato rapporto rischio/beneficio [37] e nell'ambito operativo vero e proprio riferito all'esecuzione dell'intervento medesimo; così recita l'art. 40 c.p.: "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento

dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione... L'accertamento di qualsivoglia profilo di responsabilità. Quindi, non può prescindere dalla sussistenza e comprovazione del nesso di causalità (Tab. n. 10) tra azione ed evento. Nel caso della condotta omissiva, si tratta di determinare quanto il sanitario avrebbe potuto e dovuto attuare per prevenire il danno, poi realmente realizzatosi. Nel merito, la più frequente evenienza di omissione colposa è l'errore per imperizia nella diagnosi preventiva di identificazione dei soggetti a rischio di ADR, l'ineadeguatezza imprudente o negligente dei mezzi curativi, predisposti in previsione dell'evento di danno, come nel caso della somministrazione a scopo diagnostico e/o terapeutico di farmaci in ambiente inadeguato, per es. extraospedaliero, o in carenza di presidi farmacologico-strumentali idonei a fronteggiare l'emergenza (Tab. n. 11).

## Conclusioni

**CONCLUSION**

Nell'ambito d'una condotta professionale che voglia essere ineccepibile e incontestabile, il medico è tenuto ad un'accurata indagine anamnestica, mirata a valutare in termini di prevedibilità l'eventuale rispo-

sta anomala dell'ammalato (Norelli e Gabrielli) e, qualora sia necessario, sulla scorta dei riscontri medico-clinici e in ambienti idonei, deve procedere all'effettuazione di prove allergologiche specifiche, così come è oramai acclarato anche in ambito medico-giuridico da costante giurisprudenza: ... "ai fini della punibilità dell'esercente la professione sanitaria, quando la condotta sia censurata per imprudenza o negligenza, è sufficiente l'omissione delle diligenza comune, rapportata, cioè, al grado medio di cultura e capacità professionale, ovvero la violazione delle norme tecniche generalmente accolte e pertanto risponde a titolo di colpa il sanitario quando non valuti le possibili conseguenze di ogni suo atto e non riduca al minimo i rischi di ogni terapia e dei possibili interventi. Sotto il profilo delle negligenze sussiste perciò la responsabilità del medico che prescrive farmaci (nella specie lisozima) potenzialmente idonei a determinare l'insorgere di crisi anafilattiche, senza effettuare le prove necessarie per prevenire l'insorgere di fenomeni allergici potenzialmente mortali, e in particolare la prova epicutanea, limitandosi a domandare al paziente se preesistono nel suo organismo condizioni idonee a determinare reazioni allergiche"[38]. Si può, quindi, affermare, concludendo la presente "review" sicuramente meritevole di una trattazione più completa e approfondita per l'estrema importanza teorico-pratica della tematica, che la prevenzione degli even-

ti avversi prevedibili nell'ambito delle terapie iniettive a base di farmaci comuni, anestetici e mezzi di contrasto, costituisce preciso compito etico-morale, deontologico e legale del medico pratico, a cui è affidata la salute e la vita stessa del suo paziente. Solo l'imprevedibilità dell'evento dannoso può essere invocata a discolorpa del sanitario nel caso in cui, nonostante il massimo impegno profuso, non fosse stato in grado di evitare il rischio e le eventuali conseguenze lesive psico-fisiche, motivo per cui, ancora una volta, la collaborazione tra il clinico e il medico-legale sarà indispensabile per un'equa valutazione della condotta professionale.

## BIBLIOGRAFIA E RICHIAMI GIURIDICO ESSENZIALI



1. <http://corriere.delmezzogiorno.corriere.it/napoli/notizie/cronaca/2010/3-maggio-2010/gli-iniettano-liquido-contrasto-prima-una-tac-muore-colpo-1602948368408.shtml>

2. <http://www.cirm.it/news/75anni/Le%20reazioni%20indesiderate%20da%20farmaci.pdf>

3. bif AIFA n. 5-6 2005

4. [www.cirm.it](http://www.cirm.it)

5. [http://www.riakonweb.it/Documenti/Area%20Download/reazioni\\_avverse\\_msavati.pdf](http://www.riakonweb.it/Documenti/Area%20Download/reazioni_avverse_msavati.pdf)

6. M. Davis. Hepatic disorders. In: Textbook of adverse drug reactions. D.M. Davies, R.E. Ferner, H. de Glanville (eds.) London: Chapman & Hall Medical; 1998.

7. M.N.G. Dukes, J.K. Aronson. Meyler's Side Effects of Drugs. Amsterdam: Elsevier Science B.V.; 2000

8. H.A. Guess. How should acute hepatic drug effects be studied epidemiologically. *Epidemiology* 1993; 4:487-9.

9. D. Larrey. Drug induced liver diseases. *J Hepatol* 2000 (Suppl); 32:77-82.

10. Wendt Nordahl G, Roter H, Trojan L, Michel MS, Knoll T et al. Intravenous contrast media in urology: evaluation of safety and tolerability in almost 50000 patients. *Med Princ Pract* 2006; 15: 358-61

11. Cochran ST, Bomyea K, Sayre JW. Trends in adverse events after intravenous administration of contrast media. *Am J Radiol* 2001; 176: 1385-8.

12. Katayama H, Yamaguchi K, Kozuka T, Matsuura K et al. Adverse reaction to ionic and non ionic contrast media. *Radiol* 1990; 175: 621-8.

13. F. Ward, M. Daly. Hepatic disorders. In: Adverse Drug Reactions. A. Lee (ed.). London: Pharmaceutical Press; 2001.

14. H.J. Zimmerman. Drug induced liver disease. *Drugs* 1978; 16:25-45. W.M. Lee. Acute liver

failure. New Engl J Med 1993; 329:1862-72.

15. Nucera E. - Patriarca G. - "Le malattie allergiche" - Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini, diretto da G. Giusti, Vol. II, CEDAM, 1998.

16. Caputi A.P., D'Alessandro N. "Gli effetti indesiderati da farmaci" -MEDICINA CLINICA-Basi Biologiche Diagnostica Terapia, Vol. 6, Ed. Med. Scient., Torino, 1991.

17. Cirfera V. et All. in Pratica Medica e Aspetti legali Seed Editrice - Torino [18] 2007;1(1):7-12

18. Orticaria ed altre Dermatosi Istamino-correlate - Pubblicazione -Lepetit G. Angelini, G. Vena, F. Fiordalisi

19. Errigo E. - "Reazioni avverse da anestetici locali". Gior. It. Allergol. Immunol. Clin., 5, 1995.

20. Poletti P. Promozione della sicurezza ed incidenting report in multidisciplinary respiratory medicine 2008; 3(5): 349-355

21.G. Lobefalo, R. Di Minno, D. Chiacchio, F. Antonelli, G. Savoia, G. D'Amato, P. Siani. Prevenzione delle reazioni di ipersensibilità a mezzo di contrasto o ad anestetici. Quaderni acp 2006; 13(5): 227-229

22.Morini O., Farrugia M.M., Grandi M. - "Abnormi reazioni a farmaci ad esito letale: studio casistico" - Arch. Med. Leg. Ass., II, 1995.

23. Cass. Sez. Penale 4, sent. n. 1025 del 17/01/2007

24. G. Martinelli. Le Reazioni da mezzo di contrasto: il trat-

tamento in reazioni ai mezzi di contrasto iodati e per risonanza magnetica, Guida per i corsi di aggiornamento sulle tecniche rianimatorie d'emergenza, Nota del Ministero della Sanità del 17/09/97, pagg 33-49

25. Martinelli F. - Petrini E. - Gamberini: La Radiologia Medica - Radiol Med 107 (Suppl 1 al n. 4): 42-52, 2004 Edizioni Minerva Medica - Torino]

26. JAMA 258; 2897, 1987

27. Thomsen HS. European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines on the safe use of iodinated contrast media. Eur J Rad 60; 2006: 307-10

28. Perazella MA. Nephrogenic systemic fibrosis, kidney disease and gadolinium: is there a link?. Clin J Am Soc Nephrol. 2007; 2: 200-2.

29. Durante Mangoni E.\* - D'Avanzo F. reazioni allergiche a farmaci: aggiornamento clinico deontologico e medico-legale in DIFESA SOCIALE - N. 5-6/2000

30. Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net

31. Cirfera V. - Labrini G. Il contenzioso in Der-

matologia in Atti del XIV Congresso Nazionale AIDA. Catania, 6-10 settembre 2005.

32. Cass. pen., sez. IV, 2 ottobre 2003, n. 37473 e Art. 1225 cc

33. Barni M. - "Patologia da farmaci e responsabilità professionale" - Cl. Terap., Vol. 40, suppl. al N. 256, 1967.

34. Antoniotti F. - "La valutazione delle spese di cura in tema di valutazione del danno alla persona". Zacchia, 28, 1953.

35. Capo IV, art. 13 del Codice deontologico 2006 del medico sugli accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

36. legge 244/2007

37. Cassazione Sez. Penale 4 Sent. 1025 del 17/01/2007

38. Cass. Pen., Sez. IV, 24 giugno 1983, pres. Valentino, rel. Di Salvo, P.M. Pagliarulo, in Cass. pen., 25,18,32 1985



# REBUS

numero precedente

68



AF



RI



Stomatite aftosa ricorrente 9,6,10

S O L U Z I O N E



# REBUS

REBUS 2  
11,10



