

SCABBIA

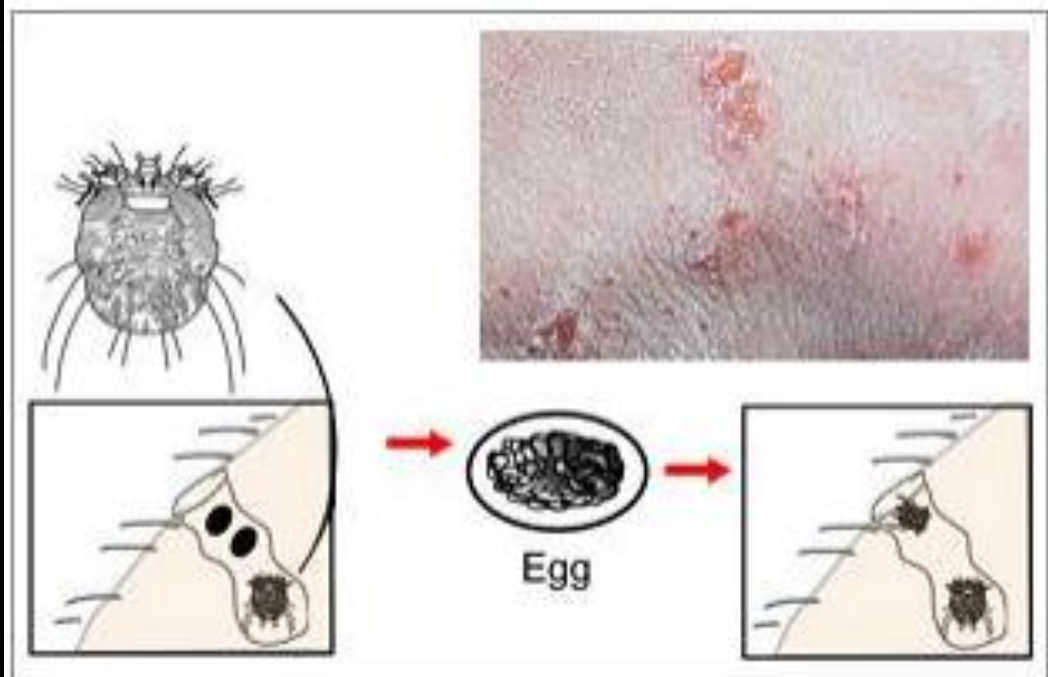
La scabbia è una malattia **infettiva contagiosa**, causata da un acaro (*Sarcoptes scabiei*) che è in grado di vivere e di riprodursi solo su ospiti a sangue caldo: uomo e animali. La malattia è diffusa in tutto il mondo con andamento epidemiologico irregolare. Può colpire persone di ogni ceto sociale, indipendentemente dall'igiene personale e non fa distinzioni di età o sesso, è endemica in molti paesi sviluppati; più frequente d'inverno. Nell'ultimo decennio in Italia e nel nostro territorio si è riscontrato un **progressivo incremento** dei casi.

La penetrazione dell'Acario della Scabbia si evidenzia con papule, vescicole e piccoli cunicoli lineari contenenti gli acari e le loro uova.

La femmina gravida dell'acaro penetrata nella cute **scava nello spessore dello strato corneo, cunicoli** (che si evidenziano con caratteristiche lesioni) e vi depone le **uova**.

Questi canali sono **in rilievo e grigi per le feci del parassita**, che vi si accumulano. Dopo aver depositato un massimo di **50 uova** la femmina muore. Dopo 3-4 giorni **le uova si schiudono dando origine a giovani larve** che subiscono successive metamorfosi, gli stadi successivi di sviluppo sino al parassita maturo non si verificano nei cunicoli ma sulla **superficie cutanea; questo spiega l'elevata contagiosità della malattia**.

In un singolo individuo infestato, si possono rinvenire 10-12 femmine, ma il numero può raggiungere le **centinaia e le migliaia in caso di scabbia crostosa**. Il tempo di sopravvivenza degli **acari femmina all'esterno dell'ospite umano non oltrepassa i 2 o 3 giorni**. L'irritazione cutanea provocata dagli acari è soprattutto di origine allergica e all'inizio della malattia può passare inavvertita, quindi l'infezione si estende ed il prurito aumenta **soprattutto durante la notte**.



La malattia può estendersi a **qualsiasi distretto cutaneo** con **esclusione quasi costante delle sedi pelose**. Il prurito è intenso soprattutto di notte e complicanze più frequenti sono le **sovra infezioni delle lesioni cutanee per le ferite da grattamento**. Le lesioni corrispondono ai cunicoli ed al ricettacolo del parassita e permangono anche dopo che questi li ha abbandonati; sono importanti i fenomeni di ipersensibilità all'acaro ed alle sue deiezioni depositate nello strato corneo della cute.

La scabbia crostosa (norvegese o ipercheratosica) si riscontra più facilmente in persone con grave immunodepressione o in **anziani** sottoposti a terapie incongrue protratte (generalmente pomate steroidee). Ciò non è raro, stante l'oggettiva difficoltà di diagnosi precoce in età avanzata sia per **l'obiettività clinica atipica** frequente, sia per **l'irregolare presentazione del sintomo prurito**, che può essere presente anche in anziani non infestati e, viceversa, assente o modesto in anziani affetti da scabbia.

Nella scabbia Norvegese il quadro clinico può iniziare come scabbia classica o come un eczema cronico, o essere caratterizzato da vaste superfici ipercheratosiche ricoperte da squamo-croste pluristratificate e ragadizzate, localizzate elettivamente alle **superfici flessorie ed estensorie degli arti**, delle **mani** e dei **piedi, dita, gomiti e ginocchia**. Il prurito può essere assente, le **complicanze sono più gravi (sovrainfezioni** da Streptococco B emolitico e glomerulonefrite) e la diffusività della malattia è più elevata data l'infestazione da parte di migliaia di acari.

VIE DI TRASMISSIONE

Gli acari non volano e non saltano; sulla cute si muovono ad una velocità di 2,5 cm al minuto. Lontano dall'ospite, in condizioni ambientali standard (temperatura 21 °C), vivono per 24-36 ore; temperature più basse e umidità ne prolungano la sopravvivenza, **ma il congelamento prolungato per alcuni giorni li uccide.**

La principale modalità di trasmissione è il **contatto cutaneo diretto**, da persona a persona (cute-cute), in persone che dormono nello stesso letto, oppure meno frequentemente attraverso gli oggetti. La trasmissione è di frequente riscontro nell'ambito del nucleo familiare; tra gli adulti, il contagio avviene prevalentemente per contatto sessuale.

Data la labilità dell'acaro al di fuori dell'ospite il contagio indiretto attraverso biancheria e lenzuola, si verifica solo se questi sono stati contaminati di recente da una persona infestata. I

Il rischio di diffusione tramite indumenti, biancheria da letto, asciugamani e tappezzeria utilizzati dai membri della stessa famiglia o comunità è basso, ma può aumentare se il paziente è affetto dalla **scabbia a croste, caratterizzata da una massiccia infestazione da acari.**

PERIODO DI INCUBAZIONE

L'incubazione in media di **tre settimane (da due a sei settimane)** nel caso di una prima infezione da **uno a quattro giorni in caso di reinfezione.** Il periodo di incubazione nelle persone **anziane** può essere sensibilmente **maggiore** di quello comunemente indicato sui testi.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

L'infestazione è trasmissibile fino a che gli acari e le loro uova non siano stati distrutti da adeguato trattamento, generalmente dopo **uno o due cicli di trattamento**, intervallati da un periodo di sospensione del trattamento che può variare da 4 a 7 giorni.

DIAGNOSI

I quattro sintomi clinico- diagnostici patognomoni sono:

- **Cunicoli.**
- **Lesioni specifiche** o aspecifiche nelle **sedi tipiche** per sesso ed età.
- **Prurito intenso** soprattutto notturno.
- **Contagiosità** (familiari o altre persone a contatto affetti).

La diagnosi di scabbia si fonda sui **reperti clinici e sull'anamnesi**.

TRATTAMENTO

Provvedimenti nei confronti del malato: allontanamento dal lavoro e comunità sino al giorno successivo a quello di inizio di un trattamento efficace.

Per i soggetti ospedalizzati attuare un isolamento da contatto finché il trattamento terapeutico non è terminato.

Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi: sorveglianza clinica per la ricerca di altri casi di infestazione nei contatti a basso rischio, per coloro che hanno avuto contatto ad alto rischio è indicato il **trattamento profilattico**.

In caso di epidemie è indicato il trattamento profilattico dei contatti.

TERAPIA

In commercio esistono diversi prodotti per la

- terapia locale quali la **permetrina al 5%**, che attualmente è considerato il trattamento più efficace e meglio tollerato,
- il **Benzoato di Benzile al 10-20%** terapia efficace anche se frequentemente irritante.
- Il **crotamitone è un efficace antipruriginoso ma non è particolarmente efficace come terapia antiscabbiosa.**
- Nel caso di scabbia norvegese o in casi particolari sarebbe utile una **terapia sistemica** con Ivermectina cpr, (farmaco non disponibile in Italia).

PROFILASSI

Contatti ad alto rischio: Tutti i componenti del nucleo familiare, nonché le persone che hanno avuto rapporti sessuali col soggetto infestato devono essere trattati **CONTEMPORANEAMENTE** dato che un singolo individuo infestato può reinfestare le persone con cui viene a stretto contatto.

Contatti a basso rischio: Vanno sottoposti a sorveglianza sanitaria. Il trattamento profilattico di questi soggetti è indicato solo se il caso indice è affetto da scabbia norvegese.

Scabbia norvegese: Nella scabbia crostosa o norvegese. Il prurito è spesso discreto o assente. Le epidemie in ospedali e case di cura sono spesso causate da casi di scabbia non diagnosticata precocemente. Tutti i contatti del paziente (altri pazienti o personale di assistenza) e i loro familiari devono essere trattati.

È fondamentale per la prevenzione della scabbia mantenere sempre un elevato indice di sospetto.

Tutti gli operatori sanitari devono utilizzare sempre i DPI;
il Coordinatore dell'U.O. deve informare il personale della ditta di pulizia e/o altre ditte esterne dove necessario, perché possano essere adottate le precauzioni necessarie.

In aggiunta alle precauzioni standard utilizzare le precauzioni da contatto

A - COLLOCAZIONE DEL DEGENTE

Il degente deve essere collocato preferibilmente in camera singola dotata di servizi igienici. Se la camera singola non è disponibile, più degenti con la stessa patologia possono condividere la stessa stanza (coorte). La camera singola e le precauzioni da contatto devono essere applicate per almeno 24 ore dall'inizio del primo ciclo di un trattamento efficace o fino a quando lo specialista dermatologo non abbia escluso la scabbia dalle opzioni diagnostiche.

B- OBBLIGO DI SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA

La segnalazione da parte del medico del reparto di tutti i casi di scabbia sospetti e/o accertati deve essere fatta entro 24 ore, ed inviata in Direzione Medica dei Presidi e al SC. Igiene Sanità Pubblica (al fine di permettere la messa in atto degli interventi di prevenzione e controllo) che a sua volta notificherà all'organo di competenza, per i casi certi o sospetti, secondo le indicazioni del Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990.

C - TIPO DI ISOLAMENTO DA ATTUARE

La malattia ha una trasmissione per contatto diretto (cute-cute) e/o indiretto (cute-effetti letterecci infestati da acari), pertanto devono essere applicate le Precauzioni Standard e le precauzioni aggiuntive per le patologie trasmissibili per contatto. Applicare sulla porta della stanza il cartello limitatore con indicate le precauzioni da contatto da adottare.

D - GUANTI E LAVAGGIO DELLE MANI

Effettuare il lavaggio delle mani all'ingresso e all'uscita della camera, con sapone antisettico anche se si sono usati i guanti.

Guanti monouso non sterili devono essere indossati in caso di diretto contatto con il paziente o con materiale potenzialmente contaminato (es. effetti letterecci). Dopo l'uso i guanti devono essere immediatamente eliminati, prima di uscire dalla stanza del degente, nel contenitore dei rifiuti speciali.

E - CAMICI

Indossare se si prevede un contatto diretto con il paziente, o superfici potenzialmente contaminate camici idrorepellenti, copricapo, calzari. Tutto il materiale va eliminato nei contenitori per rifiuti infetti, direttamente nella stanza del paziente. Non utilizzare maglioni in lana ed indossare il copricapo durante la manipolazione di effetti lettereschi (es. rifacimento del letto).

F - TRASPORTO DEL DEGENTE

Limitare gli spostamenti ed il trasporto del degente ai soli casi assolutamente indispensabili. In queste circostanze è necessario informare gli addetti al trasporto ed il personale della struttura presso la quale viene trasferito o i servizi diagnostici dove viene inviato perché mettano in pratica le precauzioni necessarie.

Assicurarsi che vengano mantenute le precauzioni volte a prevenire la trasmissione degli acari ad altri degenti e la contaminazione dell'ambiente e delle attrezzature.

Eventuali lesioni cutanee devono essere coperte con medicazioni sterili.

G - ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL DEGENTE

Personalizzare gli strumenti necessari per l'assistenza al paziente (sfigmomanometro, fonendoscopio, etc.) e trattarli con deterzione e disinfezione al termine dell'isolamento.

Evitare il contatto diretto dello sfigmomanometro con il braccio del soggetto infetto.

H - EFFETTI LETTERECCI E BIANCHERIA

Dopo aver indossato i DPI, rimuovere con attenzione la biancheria del letto, evitando qualsiasi scuotimento, rifacimento completo del letto ad ogni trattamento, inserire la biancheria senza scuoterla nell'apposito sacco idrosolubile che dovrà essere chiuso ed inserito in un secondo sacco a sua volta opportunamente richiuso presso il letto del paziente prima di inviarlo in lavanderia; eventualmente sostituire il materasso, il guanciale e coperte di lana dopo le prime 24 ore di trattamento insieme alla biancheria e sostituirle alla dimissione; il materasso, il guanciale e le coperte di lana devono essere imbustati e sigillato all'interno della stanza.

Gli abiti devono essere cambiati tutti i giorni, una volta rimossi devono essere trattati con lavaggio a 60°, i capi che non possono essere lavati a tale temperatura vanno riposti in sacchetti di plastica, chiusi ermeticamente per almeno 7 gg. È consigliabile l'uso di biancheria personale di cotone.

- Evitare di far indossare al paziente golfini o indumenti di lana.
- Non lasciare nel comodino e negli armadi indumenti usati.
- Nell'impossibilità di trattare gli indumenti in lana, per evitare reinfezioni, lasciarli separati dagli altri e non indossarli per almeno 7 giorni, è consigliabile comunque tenerli esposti all'aria.

I - MEDICAZIONI

Qualsiasi lesione deve essere protetta da contaminazione da acari. Se la lesione dovesse scoprirsi, provvedere all'immediata rimozione e sostituzione della medicazione.

Ove possibile, trattare e coprire le lesioni da grattamento per evitare sovrainfezioni.

J - CAMPIONI BIOLOGICI

I prelievi ottenuti per scarificazione della cute possono venire effettuati su richiesta dell'U.O. direttamente a letto del paziente, trasportare i campioni secondo la normativa vigente.



K - ELIMINAZIONE DEI RIFIUTI

Posizionare all'interno della camera di degenza un contenitore con coperchio per i "RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO" dove eliminare direttamente tutto il materiale non riutilizzabile venuto a contatto con il paziente.

Considerata la scarsa resistenza degli acari nell'ambiente (massimo 1-2 gg.), la disinfestazione degli ambienti dove ha soggiornato un caso di scabbia è raramente giustificata, essendo di norma sufficienti le routinarie operazioni di pulizia. La disinfezione ambientale, utilizzando comuni disinfettanti come cloroderivati, ecc.; va effettuata in caso di scabbia crostosa o norvegese. La sanificazione e la disinfezione giornaliera della camera vanno eseguite come di routine, DOPO la pulizia delle altre camere di degenza come segue:

- a. Indossare i DPI necessari (copricapo + camice monouso, guanti non sterili monouso);
- b. Aerare la camera;
- c. Scopare ad umido;
- d. Lavare il pavimento con detergente;
- e. Disinfettare il pavimento utilizzando comuni disinfettanti in uso in azienda.
- f. Detergere e disinfettare l'unità del malato con i disinfettanti in uso in azienda
- g. Tutto il materiale utilizzato per la pulizia, se monouso deve essere eliminato nei contenitori dei rifiuti speciali nella camera, se riutilizzabile deve essere inserito negli appositi sacchi idrosolubili e accuratamente lavato e disinfettato dopo l'uso.

Dare indicazioni agli operatori esterni della Ditta delle pulizie sulle corrette modalità di comportamento e vigilare sull'adozione delle stesse.

N - EDUCAZIONE SANITARIA

Degente: istruire il malato sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione degli acari ad altri degenti o all'ambiente.

Visitatori: regolamentare l'accesso dei visitatori, nel rispetto della normativa sulla privacy, avuto il consenso del paziente, informarli sulle norme igieniche da osservare durante l'incontro con il degente e nella gestione dei suoi effetti personali. Invitare i conviventi ed i contatti stretti a consultare il medico di famiglia per un eventuale trattamento. Informare circa le modalità di trattamento e di trasporto per la biancheria, abiti e altro materiale proveniente dal malato secondo quanto indicato nei punti precedenti.

O - TRATTAMENTO PROFILATTICO DEI CONTATTI

Per i degenti la sorveglianza e l'eventuale trattamento è a carico dei medici curanti dell'U.O. che si avvalgono di eventuale consulenza dermatologica.

Per gli operatori la sorveglianza e l'eventuale trattamento e se necessario l'allontanamento dal lavoro è a carico del medico competente, avvalendosi dell'eventuale consulenza dermatologica. La comunicazione del personale esposto viene effettuata dall'U.O.

P - TRATTAMENTO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE

Sarà a carico dei medici dell'U.O. che hanno in cura il paziente avvalendosi dell'eventuale consulenza dermatologica.

PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE DELLA SCABBIA IN
OSPEDALE ASUITS

