

1. SCOPO

Il presente protocollo vuole essere uno strumento per la gestione degli interventi da attuare negli operatori sanitari in caso di esposizione professionale a scabbia.

La procedura prevede l'illustrazione delle istruzioni operative da attuarsi sia in fase di prevenzione e profilassi (per il contenimento della diffusione della malattia) che in fase di sorveglianza sanitaria a seguito di contatto professionale di scabbia.

1.1. Riferimenti

Il riferimento normativo specifico sulla scabbia è la D.G.R. Lombardia n. VII/18853 del 30/09/2004

1.2. Cenni clinici ed epidemiologici

La scabbia è una dermatosi parassitaria provocata dall'acaro *Sarcoptes scabiei*, piccolo artropode che misura 0,40 x 0,25mm; non comporta rischi per la vita, ma il prurito grave e persistente e le infezioni secondarie possono essere invalidanti.

L'acaro della scabbia è un parassita umano obbligato: il suo ospite naturale è cioè l'uomo, al di fuori del quale sopravvive solo pochi giorni specie a temperature inferiori ai 20°.

Il ciclo biologico del parassita, da uovo a larva ad individuo adulto, si compie in circa 20 giorni.

Il contagio è prevalentemente interumano diretto (stretto contatto: dormire nello stesso letto; rapporti sessuali) più raro il contagio indiretto (contatto con indumenti, lenzuola, bagni usati dalla persona infetta).

In ambito ospedaliero il rischio di contagio è limitato al personale di cura e assistenza tramite contatto diretto o più raramente indiretto (letterecci) con malati in condizioni igieniche precarie (anziani, immunodepressi, persone senza fissa dimora, extracomunitari).

Il periodo di incubazione dura da pochi giorni ad alcune settimane.

Dal punto di vista epidemiologico la scabbia è ubiquitaria e la sua diffusione ha un andamento ciclico con epidemie più o meno circoscritte.

L'aumento dell'incidenza dei casi di scabbia sembra correlabile ad alcuni fatti:

- l'allungamento della vita spesso non associato ad un parallelo aumento della sua qualità (solitudine, degenza in case di riposo, condizioni igieniche scadenti) ;nelle persone anziane, debilitate immunocompromesse, si può verificare la cosiddetta scabbia norvegese, forma rara ma non eccezionale, atipica dal punto di vista clinico, caratterizzata da un'estrema abbondanza di acari a livello delle lesioni, alta contagiosità e, proprio per l'atipia del quadro clinico, può condurre a vere e proprie epidemie negli ambienti in cui si verifica.
- aumento di incidenza di patologie associate a stati di immunodeficienza (neoplasie, infezioni da HIV, trapianti d'organo);
- l'uso estremamente diffuso e spesso incongruo, di cortisonici topici che determina una immunosoppressione localizzata.

2. RESPONSABILITA'

Le responsabilità per la gestione delle attività fanno carico ai soggetti indicati nelle varie sezioni della procedura.

3. MODALITA' OPERATIVE

3.1. Sintomatologia

La sintomatologia della scabbia è rappresentata dal prurito e dalle

manifestazioni cutanee; il prurito è intenso, generalizzato (ma con risparmio di alcune sedi) e prevalentemente notturno.

Si ritiene che l'imponente proliferazione dei parassiti, in taluni casi, sia legata ad una inibizione dello stimolo del prurito e di conseguenza del grattamento; (proprio il grattamento sembra avere un ruolo determinante nell'eliminazione degli acari).

L'eruzione cutanea è costituita da lesioni patognomoniche (cunicoli scabbiosi, ed in minor misura le vescicole perlacee) ed altre lesioni, più spesso da grattamento (papule, noduli, escoriazioni e croste).

La localizzazione delle lesioni è caratteristica: superfici laterali delle dita e spazi interdigitali, regioni flessorie dei polsi ed estensorie dei gomiti, pilastri ascellari, ombelico, glutei, genitali nell'uomo, capezzoli ed areole mammarie nelle donne. Il capo ed il collo, le palme delle mani e la pianta dei piedi sono generalmente risparmiate.

La scabbia non compromette lo stato generale ma se non trattata persiste cronicamente. Le eventuali complicanze sono rappresentate dalla sovrapposizione batterica legata al grattamento, o dalle eczematizzazione talora dovuta all'uso prolungato di farmaci antiscabbia.

Le infezioni da scabbia nosocomiali riguardano numerosi reparti: unità di cure intensive, riabilitazione, unità per la degenza a lungo termine, pronto soccorso, dialisi, lavanderie (CDC, 1998).

Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento dei casi di scabbia nei pazienti immunocompromessi (in particolare affetti da HIV), con numerosi casi di trasmissione al personale sanitario, pazienti e familiari.

L'infezione nosocomiale da scabbia avviene per contatto cutaneo con persone affette da tale malattia (anche per breve periodo), specialmente durante i seguenti compiti che richiedono la cura del paziente: bagno, trasporto, applicazioni di lozioni al corpo.

La trasmissione per contatto casuale non avviene frequentemente (es. tenere le mani del paziente, toccare vestiti o lenzuola)

La corretta applicazione delle misure di prolassi igieniche ed ambientali da parte del personale che assiste i paziente affetti da scabbia (o sospetti) può

ridurre il rischio di trasmissione di infezione in maniera significativa.

3.2. Terapia e Profilassi Antiparassitaria

E' esclusivamente locale; se ben condotta permette di ottenere la guarigione in pochi giorni. Manca uno schema di trattamento standardizzato. Da numerosi studi pubblicati in letteratura, risulta che il farmaco topico più efficace e meglio tollerato per il trattamento della scabbia è la **permetrina** (Nix crema liquida 5%) che si può utilizzare anche sui bambini e sulle donne in gravidanza o allattamento senza rischio di tossicità perché il farmaco non è assorbito dalla cute. Dopo un bagno caldo ed una energica spazzolatura delle lesioni al fine di aprire i cunicoli, si applica il medicamento su tutta la superficie del corpo, capo e collo esclusi. Tale farmaco va applicato la sera, per due sere consecutive, lasciato per tutta la notte e lavato con acqua e sapone il giorno successivo; può essere opportuno ripetere l'applicazione a distanza di 7 giorni. La finestra di 7 giorni ha lo scopo di aspettare la schiusa delle uova eventualmente sopravvissute al primo ciclo di terapia. La permetrina migliora significativamente la guarigione clinica e l'eliminazione del parassita.

Il Benzoato di benzile pomata al 25% (Skab 2 emulsione) è l'altro preparato topico in commercio utilizzato per il trattamento. Si applica sul corpo per 12 o 24 ore, per 2 cicli di 4 giorni intervallati da 7 giorni di pausa il benzoato deve essere diluito al 10% nei bambini. La terapia è efficace anche se è frequente causa di irritazione cutanea.

L'applicazione dei preparati antiscabbia va effettuata la sera, dopo un bagno caldo, se possibile dopo aver grattato le lesioni con uno spazzolino. La crema deve essere applicata su tutta la superficie cutanea esclusa la testa: "da dietro le orecchie fino alla punta dei piedi", comprese le pieghe ascellari ed inguinali e lo spazio sotto le unghie. Le unghie vanno tagliate corte lo spazio sub ungueale va spazzolato con cura in quanto fonte importante di diffusione dell'acaro col trattamento.

E' opportuno trattare anche i soggetti che dormono assieme al paziente e le

persone a stretto contatto o conviventi con l'ammalato, anche se apparentemente sani.

Il prurito può persistere anche per 2 settimane dopo la terapia. In caso di persistenza dei sintomi oltre tale periodo occorre considerare varie possibilità:

- il fallimento terapeutico per resistenza al farmaco o per errata applicazione dello stesso (occorre quindi ripetere il trattamento con un prodotto alternativo)
- la reinfestazione (dai conviventi o dalla biancheria non adeguatamente trattati)
- l'insorgenza di una dermatite allergica
- la cross-reazione con gli antigeni degli acari ambientali
- la presenza della scabbia crostosa o norvegese, che compare di solito nei soggetti immunodepressi o defedati ed è caratterizzata da una dermatite generalizzata desquamativa.

3.3. Misure Igieniche e di Profilassi

1. Il malato di scabbia deve essere trattato con apposita terapia ed isolato per almeno 24 ore dall'inizio del trattamento (cioè separato da tutte le altre persone ad eccezione di coloro che lo assistono).
2. Chi presta assistenza ai malati di scabbia certi/sospetti deve essere dotato di appositi DPI, ovvero guanti e camici monouso con manica lunga ed elastico sui polsi, da indossare sopra la divisa ordinaria.
3. Per l'ambiente in generale non sono necessari interventi di disinfestazione, ma è indispensabile una accurata pulizia dei locali e degli arredi con i comuni detergenti. La detersione deve essere seguita da risciacquo ed asciugatura. Solo in rari casi può essere utile un intervento sull'ambiente, che comunque dovrebbe essere concordato con il servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL competente per territorio.

4. Il parassita non può vivere più di 4 giorni al di fuori dell'ospite, ma la trasmissione attraverso gli indumenti e lenzuola si può verificare dopo intervalli più lunghi tramite le uova.
5. La biancheria personale e del letto, usata dal malato, deve essere trattata mediante lavaggio in lavatrice ad alte temperature (60°/70°) tutte le mattine per la durata del trattamento. La biancheria e gli effetti lettereci, che non possono subire questo trattamento, devono essere messi da parte, in confezione chiusa (es. in sacchetti di plastica), fino ad una settimana e poi lavati a secco. In ospedale il materasso ed il cuscino devono essere inviati in magazzino per il lavaggio e la sterilizzazione: il materasso e cuscino vengono etichettati in modo evidente per riconoscerli dagli altri.
6. per disinfestare la casa (materassi, divani, poltrone e pavimenti) è consigliabile l'uso di strumenti a getto di vapore ad alta temperatura (es: vaporella).