

Casa di Cura “Villa delle Querce”

NORME DI COMPORTAMENTO NEI CONFRONTI DELLA SCABBIA

MR De Felice, F Sategna, A Sordilli, R. Bartilotti

La **scabbia** è una malattia della pelle causata da parassiti (acari), caratterizzata da lesioni papulose intensamente pruriginose, specie la notte.

Gli **acari** sono dei piccoli parassiti invisibili ad occhio nudo che si sono adattati nel corso dei millenni a vivere sia sugli animali sia sui vegetali o derivati. Sulla cute degli esseri umani si è adattato a vivere un Acaro dal nome "Sarcoptes scabiei". Non si sa quando questo parassita abbia scelto di vivere in unione con gli uomini, sta di fatto che oggi la sua esistenza è indissolubilmente legata all'uomo. In altre parole può sopravvivere solo su di noi umani e non su altri animali.

La scabbia è presente in tutto il mondo e da alcuni anni i casi di questa malattia sono notevolmente aumenti coinvolgendo persone di tutti i livelli sociali ed economici, senza distinzione di razza, età, sesso o condizioni di igiene personale.

Non è una malattia grave e guarisce senza conseguenze quando adeguatamente trattata. Desta però preoccupazione soprattutto perché oggi non siamo più abituati a convivere con i parassiti, almeno quelli che si vedono o si sentono, mentre in passato, ad esempio nel 700, era comune avere parassiti quali scabbia o pidocchi. Nell'immaginario comune, presente anche oggi, avere la scabbia è sinonimo di poca igiene, di stato di indigenza. La vera paura è che l'acaro della scabbia possa trasmettere, passando da un individuo all'altro, qualche malattia. In realtà questa paura è del tutto infondata: l'acaro non può trasmettere malattie da un individuo all'altro.

SINTOMATOLOGIA

Il prurito è il sintomo principale. Esso compare due settimane dopo il contagio. E' prevalentemente notturno. All'inizio è presente all'addome, ai glutei, ai genitali; poi si può diffondere, ma non interessa mai la testa.

Se la scabbia non viene diagnosticata e curata, il prurito diventa insopportabile disturbando il sonno.

Dopo qualche settimana dal contagio compaiono cunicoli (piccole gallerie scavate dalle femmine gravide che vanno a depositarvi le uova) e segni da grattamento. In alcuni casi compaiono noduli in sede ascellare ed inguinale.

Le sedi più frequentemente colpite sono gli spazi interdigitali delle mani, la superficie dei polsi, la regione ombelicale, l'addome, il pilastro ascellare, l'areola mammaria, i glutei ed i genitali.

Le complicazioni della scabbia si limitano a lesioni da grattamento che si possono sovrainfettare.

DIAGNOSI

Di solito è sufficiente una visita dermatologica.

Nei casi dubbi il dermatologo eseguirà la ricerca dell'acaro al microscopio.

TRASMISSIONE

La trasmissione avviene in genere per contatto diretto con la cute della persona ammalata (rapporti sessuali, stretta coabitazione, allattamento ecc.). La contagiosità è presente anche durante il periodo d'incubazione che può variare da 7 giorni a 1 mese circa.

Più raramente può avvenire per contatto indiretto (cute - biancheria, biancheria intima, lenzuola, ecc.), nel caso in cui oggetti siano stati contaminati da persona infestata di recente.

Il periodo di incubazione varia da 2 a 6 settimane e la contagiosità è presente fino a che gli acari e le uova non siano stati eliminati.

TERAPIA

Per la terapia è in genere sufficiente l'applicazione di **lozioni antiparassitarie**: crema di permetrina al 5% o benzoato di benzile efficaci e con basso rischio tossico-allergico .

La medicazione va applicata su tutto il corpo, capo escluso (da "dietro le orecchie fino alla punta dei piedi"), comprese le pieghe ascellari ed inguinali e lo spazio sotto le unghie. A tal fine le unghie vanno tagliate corte e lo spazio subungueale va spazzolato con cura.

L'**isolamento da contatto** dei pazienti per almeno 24 ore dall'inizio del trattamento.

La persistenza di prurito per una o due settimane dopo il trattamento può essere normale e non va considerata come un fallimento terapeutico o l'espressione di una recidiva.

NORME PER EVITARE LA DIFFUSIONE DELLA MALATTIA

1. il **malato** deve:

- praticare per un totale di 5 giorni consecutivi la doccia o il bagno
- applicare dopo il bagno la lozione specifica consigliata (in genere la sera)
- effettuare almeno un cambio di biancheria nei primi 2 giorni ed indossare biancheria pulita in cotone
- avere a disposizione dispositivi medici (sfigmomanometro, termometro, fonendoscopio) dedicati
- ricevere informazioni per quanto concerne le regole da seguire durante la permanenza in ospedale
- non camminare a piedi nudi
- grattarsi meno possibile.

Per 24h dall'inizio del trattamento (Circ Min San n° 4 del 13.03.1998), il paziente

- andrebbe isolato in una stanza singola
- altrimenti dovrà non uscire dalla camera di degenza, evitare l'uso promiscuo di oggetti personali e la promiscuità con gli altri degenti.

2. **personale di assistenza, familiari**

- utilizzare camici e guanti di protezione monouso ogni qualvolta si abbia contatto diretto con la cute del paziente
- lavare le mani dopo aver tolto i guanti

3. **pulizia e trattamento biancheria**

- cambiare quotidianamente le lenzuola e la federa almeno sino al termine del trattamento
- lavare la biancheria, le lenzuola, il copri materasso a temperatura maggiore di 60° C

- eliminare, se possibile, coperte, materassi, cuscini e quanto non trattabili con acqua e alta temperatura
- lavare a 60°C tutti gli indumenti indossati negli ultimi 2 gg.

Il materiale va inviato al lavaggio chiuso in appositi sacchi per biancheria infetta avvertendo di ciò il personale della lavanderia.

4. pulizia dell'ambiente

- pulire i locali utilizzando le procedure di sanificazione in uso presso la casa di Cura
- proteggere indumenti e mani se il paziente è ancora contagioso (indossare guanti e camice)
- eliminare direttamente nel contenitore per rifiuti a rischio infettivo guanti ed altro materiale contaminato.

5. visitatori

- limitare il numero di visitatori, parenti ed amici durante il periodo di contagiosità. Questi, previo consenso del paziente, saranno informati circa le norme di comportamento da seguire ed, in particolare, saranno invitati ad adottare le misure di protezione sopra indicate.

MISURE DI PREVENZIONE NEI CONFRONTI DELLA SCABBIA

In fase di accettazione del paziente viene svolto un controllo durante la visita medica da parte del medico di reparto, il cui esame obiettivo dell'apparato cutaneo è opportunamente valutato ed eventuali lesioni sono prontamente individuate.

Per i pazienti già ricoverati tale controllo assume valenza periodica e viene svolto sia dal personale medico nel corso di eventuali controlli clinici, sia in maniera preponderante dal personale infermieristico durante l'igiene del paziente.

Il personale in questione è formato nel rilevare lesioni cutanee da grattamento che possano far sospettare l'acariosi; in tal caso viene richiesto l'intervento del medico di reparto che valuterà la necessità o meno di interpellare lo specialista.

In caso di accertata diagnosi il soggetto viene sottoposto a trattamento secondo quanto sopra indicato e il caso viene notificato secondo quanto previsto per la malattie infettive di classe IV.

Bibliografia:

- Scabbia: la prevenzione del contagio. SSN Regione Piemonte - ASL 3
- <http://www.dermaclub.it>
- <http://www.lapelle.it/dermatologia/scabbia.htm>
- Piraccini BM, Antonucci A, Catanzaro C: Scabbia nosocomiale: una patologia emergente. Gli Ospedali della Vita 2002, 19 (2), 1-11
- Precauzioni per la trasmissione tramite contatto. ULSS n°9 Treviso
- Afezioni dermatologiche: infezioni parassitarie della cute. Manuale Merck. www.msd-italia.it
- Finzi G, Kob K, Cugini P, Wegher L (ANMDO. Ass Naz dei Medici delle Direzioni Ospedaliere): Ectoparassitosi in ambiente ospedaliero: normativa vigente e linee guida per gli operatori. L'Ospedale 2003 (www.anmdo.org/rivista_ospedale/02_2003/linee_guida.php)
- Arcangeli F, Catrami S, Pierleoni M, Pallanti M, Fiorentini C: La scabbia: una brutta "rogna". Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Rimini. Anno IV – Numero 3 Marzo 2001