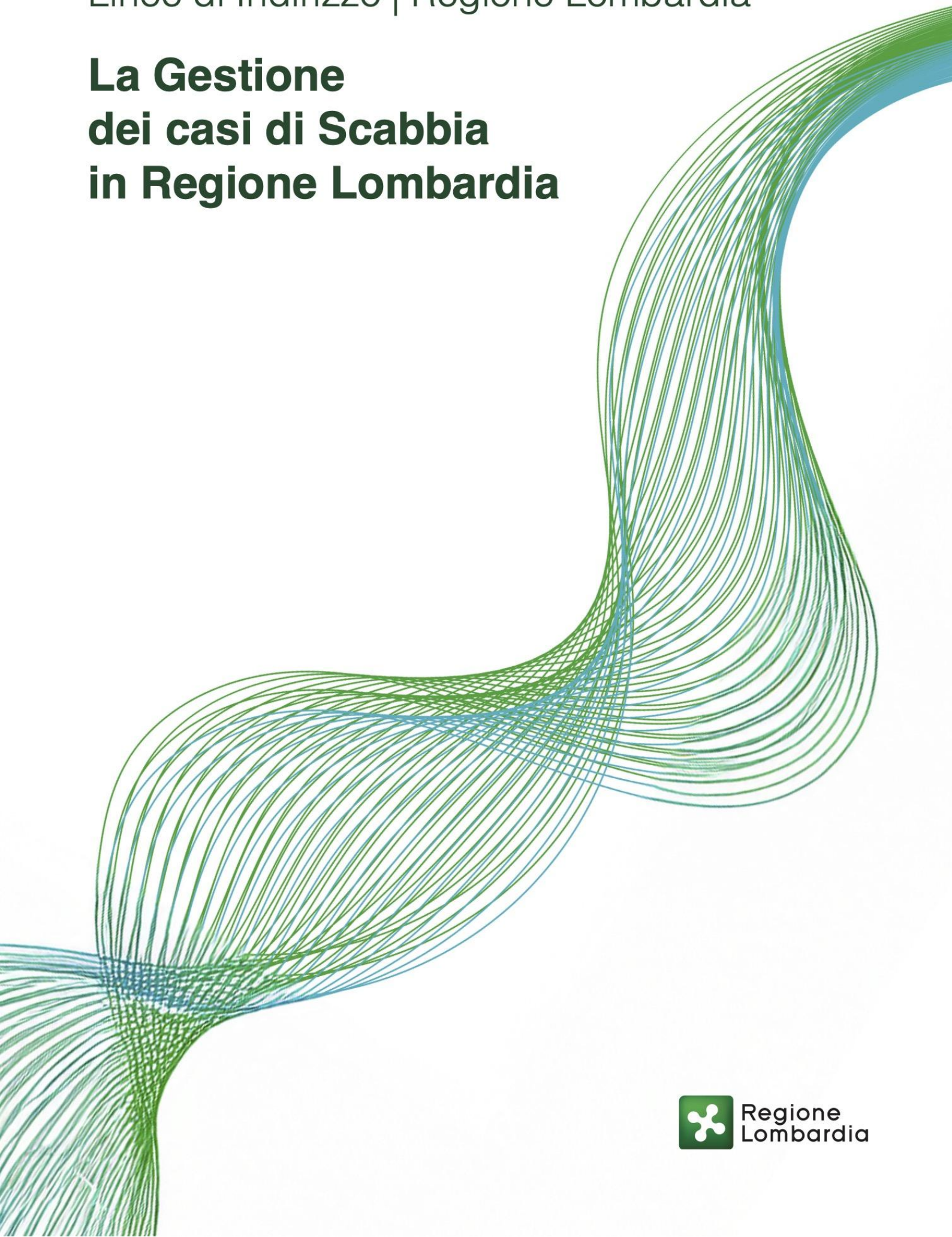


Linee di Indirizzo | Regione Lombardia

La Gestione dei casi di Scabbia in Regione Lombardia



Regione
Lombardia

GRUPPO DI LAVORO

Documento redatto a cura della U.O. Prevenzione in collaborazione con le UU.OO. di Dermatologia del Sistema Sanitario Regionale ed il tavolo di lavoro per la prevenzione delle malattie infettive nelle popolazioni vulnerabili costituito con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 20027 del 18/12/2024.

Si ringraziano per il supporto nella scrittura del documento il dott. Gianluca Nazzaro (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico), il dott. Mohamed Aouadi (ASST Lariana), il dott. Andrea Michelerio (Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo) e il dott. Riccardo Cavalli (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico), .

Linee di Indirizzo RL

Gestione dei casi di scabbia in Regione Lombardia

Sommario

1. OGGETTO E SCOPO	1
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	1
3. EPIDEMIOLOGIA DELLA SCABBIA IN REGIONE LOMBARDIA	1
4. CICLO DI VITA DELL'ACARO	3
5. PERIODO DI INCUBAZIONE E MODALITÀ DI TRASMISSIONE	4
6. MANIFESTAZIONI CLINICHE	4
6.1. SCABBIA CLASSICA	4
6.2. SCABBIA CROSTOSA	5
7. DIAGNOSI	5
8. SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA, IDENTIFICAZIONE E GESTIONE DEI CONTATTI	6
8.1. CONTATTI STRETTI – ALTO RISCHIO	6
8.2. CONTATTI CASUALI – BASSO RISCHIO	7
8.3. L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA, L'IDENTIFICAZIONE DEI CONTATTI E L'ATTIVAZIONE DELLE MISURE DI PROFILASSI E SORVEGLIANZA	8
9. TRATTAMENTO.....	8
9.1. APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO TOPICO A BASE DI PERMETRINA NELL'ADOLESCENTE (>14 ANNI) E ADULTO.....	11
9.2. APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO TOPICO A BASE BENZIL-BENZOATO NELL'ADOLESCENTE (>14 ANNI) E ADULTO	12
10. MODALITÀ PER LA DISINFESTAZIONE DEGLI AMBIENTI DI VITA	13
10.1. BIANCHERIA DA LETTO, ASCIUGAMANI E VESTITI	13
10.2. MATERASSI, DIVANI E TAPPEZZERIA	13
10.3. OGGETTI DI USO QUOTIDIANO E SUPPELLETTILI	13
10.4. COSA NON FARE	14
11. VISITA DI CONTROLLO E RIENTRO IN COLLETTIVITÀ	14
12. QUANDO RICHIEDERE UNA VISITA SPECIALISTICA	14
13. CRONOPROGRAMMA DI REVISIONE	15
14. BIBLIOGRAFIA.....	16

1. Oggetto e scopo

La scabbia è una delle infestazioni più frequentemente segnalate in Regione Lombardia, come evidenziato in seguito nella sezione dedicata ai dati epidemiologici. L'infestazione da scabbia, sebbene non sia quasi mai associata ad esiti clinici gravi è più frequente in contesti caratterizzati da una forte vulnerabilità sociale, con un impatto notevole sulla qualità di vita delle persone e la possibilità, in assenza di trattamento, di sviluppare complicanze quali ad esempio infezioni cutanee.¹

Questo documento si prefigge di essere un utile strumento di supporto per la gestione dei casi di scabbia per il personale sanitario coinvolto nella diagnosi, cura, presa in carico e nella sorveglianza delle malattie infettive.

Si specifica che le indicazioni contenute nelle presenti linee di indirizzo non sostituiscono in alcun modo la valutazione ed il giudizio clinico del personale medico che valuta il singolo caso.

Obiettivo di questo documento è di fornire:

- informazioni generali sulla malattia, sulle manifestazioni cliniche e sulla diagnosi;
- i protocolli terapeutici più comuni;
- indicazioni per la disinfestazione degli ambienti di vita;
- indicazioni per la riammissione in collettività;
- indicazione per la gestione dei casi e dei contatti.

2. Campo di applicazione

Le presenti linee di indirizzo si applicano in Regione Lombardia da parte del personale sanitario coinvolti nella diagnosi e trattamento della scabbia.

3. Epidemiologia della scabbia in Regione Lombardia

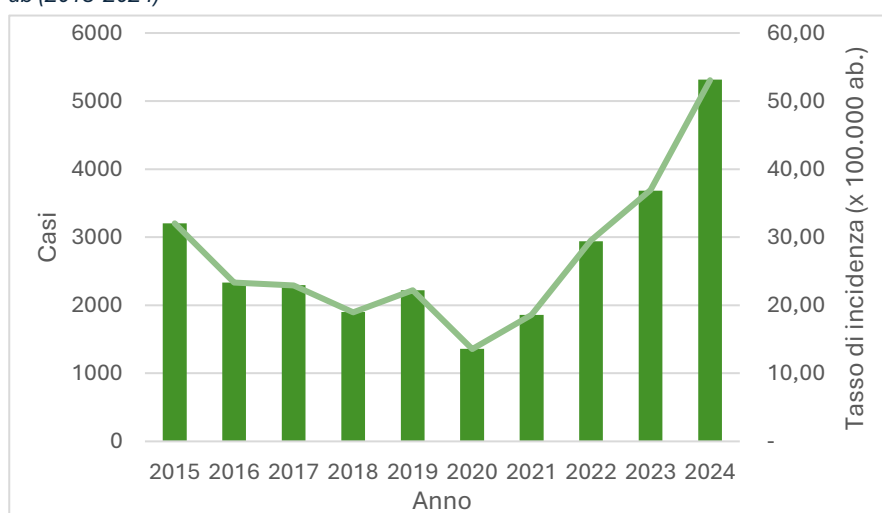
I dati relativi ai casi di scabbia in Regione Lombardia sono stati estratti dal sistema di sorveglianza delle

malattie infettive di Regione Lombardia. Si segnala che dal 2015 al 2022 è stato in uso il gestionale MAINF mentre dalla fine del 2022 è attivo il nuovo gestionale SMI.

Sono state prese in considerazione tutte le pratiche di scabbia segnalate e validate come caso confermato.

Nell'ultimo decennio (2015 – 2024), sono stati segnalati 27.109 casi di scabbia in

Figura 1 Numero di casi confermati di scabbia per anno in RL e tasso di incidenza per 100.000 ab (2015-2024)



Regione Lombardia, di cui il 33% (8.955 casi) negli ultimi due anni in osservazione (2023-24). In Fig.1 vengono mostrati il numero di casi per anno e il tasso di incidenza per 100.000 ab.

Dopo una riduzione dei casi segnalati nel 2020, attribuibile alla pandemia da Sars-Cov-2, si rileva un aumento dei casi, con il picco nel 2024 con 5313 casi (+44% rispetto al 2023).

In tabella 1 vengono mostrati il numero di casi per ATS di presa in carico relativi agli anni 2023 e 2024. Le ATS con il maggior numero di casi nel 2024 sono Milano, Brescia e Varese. In tabella 2 vengono mostrati i casi per sesso.

Tabella 1 Casi di scabbia per ATS per anno 2023, 2024

ATS	n° casi 2023	n° casi 2024	% 2024 vs 2023
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	1318	1879	142%
ATS DI BRESCIA	547	785	143%
ATS DELL'INSUBRIA	404	663	164%
ATS DI BERGAMO	390	587	150%
ATS DELLA BRIANZA	369	599	162%
ATS DELLA VAL PADANA	296	377	127%
ATS DI PAVIA	249	285	114%
ATS DELLA MONTAGNA	109	138	126%
Totale	3682	5313	144%

SESSO	n° casi 2023	n° casi 2024	Totale
F	1586	2323	3909
M	2096	2990	5086
Totale	3682	5313	8995

Tabella 2 Distribuzione dei casi per sesso, per gli anni 2023-24

In tabella 3 i casi di scabbia divisi per fascia di età.

I giovani di età compresa tra i 10 e i 19 anni sono la fascia di popolazione in cui si osservano più casi di scabbia nel 2023 e nel 2024. La seconda fascia di età più colpita è quella sotto i 10 anni di età.

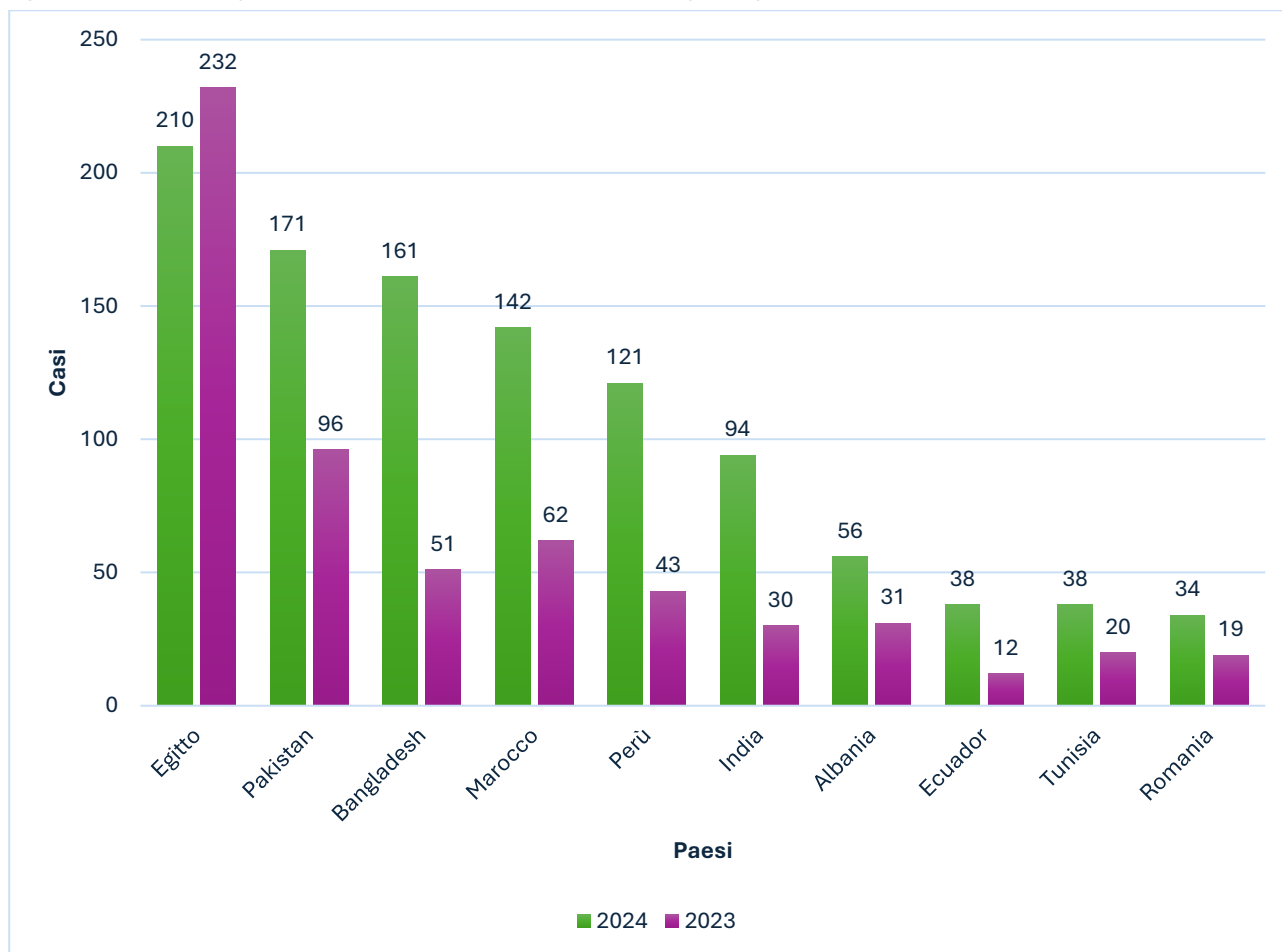
Eta a inizio sintomi	2023	2024	Totale	% sul totale	% cumulativa
0-9 anni	718	1005	1723	19%	19%
10-19 anni	787	1187	1974	22%	41%
20-29 anni	639	889	1528	17%	58%
30-39 anni	335	500	835	9%	67%
40-49 anni	292	449	741	8%	76%
50-59 anni	285	472	757	8%	84%
60-69 anni	174	267	441	5%	89%
70-79 anni	158	200	358	4%	93%
Oltre 80 anni	287	343	630	7%	100%
N/d	7	1	8	0%	100%
Totale	3682	5313	8995	100%	

Tabella 3 Numero casi di scabbia per fascia di età negli anni 2023 e 2024

Negli anni 2023-2024 i casi delle persone con cittadinanza straniera rappresentano complessivamente il 24% dei casi di scabbia (20% nel 2023 e 26% nel 2024).

La figura 2 mostra il numero di casi per cittadinanza, esclusa italiana, in ordine decrescente negli anni 2023-2024; vengono mostrati solo i primi 10 valori.

Figura 2 Numero di casi per cittadinanza, esclusa cittadinanza italiana, più frequenti nel 2023-2024



4. Ciclo di vita dell'acaro

La scabbia è un'infestazione causata dall'acaro *Sarcoptes scabiei var. hominis*. L'infestazione coinvolge lo strato corneo della cute, dove l'acaro scava cunicoli e depone le uova. Il ciclo vitale dell'acaro comprende quattro stadi (uovo, larva, ninfa e adulto) e si completa entro 2-3 settimane. ²

Le femmine, dopo l'accoppiamento, depongono 2-3 uova al giorno in cunicoli scavati nella cute; le uova (lunghe 0,10-0,15 mm) si schiudono in 3-4 giorni. Le **larve** appena nate (con 3 paia di zampe) risalgono in superficie e scavano piccoli cunicoli ("tasche di muta") nello strato corneo della pelle. In 3-4 giorni mutano in **ninfe** (che hanno invece 4 paia di zampe) e infine in **adulti**, di forma rotondeggiante, senza occhi. Le femmine sono lunghe 0,30-0,45 mm, i maschi circa la metà.

L'accoppiamento avviene una sola volta: il maschio penetra nella "tasca di muta" della femmina e la feconda per tutta la durata della sua vita (1-2 mesi). Le femmine fecondate escono, si spostano sulla superficie cutanea e, con delle ventose sulle zampe anteriori, trovano un punto adatto dove scavare il cunicolo definitivo. Qui depongono le uova fino alla fine del loro ciclo di vita.

Solo il 10% circa delle uova arriva allo stadio adulto. I maschi sono rari e scavano cavità poco profonde per nutrirsi, finché non individuano una femmina da fecondare.

Lontano dall'ospite, l'acaro della scabbia sopravvive dalle 24 alle 36 ore; questo tempo può aumentare a basse temperature e con alta umidità. ^{3,4}

5. Periodo di incubazione e modalità di trasmissione

La scabbia si trasmette attraverso il contatto diretto e prolungato cute-cute con una persona affetta da scabbia (es: rapporto sessuale). Il contatto non prolungato – casuale – (es: stretta di mano) è difficile che risulti in una trasmissione dell'infestazione. Il rischio di trasmissione per contatto indiretto, tramite l'uso di lenzuola, vestiti, uso dello stesso divano etc. è di solito basso. ²

La probabilità di trasmissione della scabbia dipende:

- Dalla tipologia e dalla durata di contatto;
- Dalla quantità di acari presenti sulla cute della persona con la scabbia.

Normalmente un soggetto per i primi mesi di infestazione presenta un basso numero di acari (10-12), mentre in caso di infestazioni prolungate o scabbia crostosa, il numero può aumentare fino a centinaia o milioni, facilitando molto l'acquisizione dell'infestazione anche in caso di contatti brevi. ^{5,6}

Trasmissione dall'animale

La scabbia solitamente non viene acquisita dagli animali poiché la variante animale della scabbia non è adattata all'uomo. ^{4,7}

Periodo di incubazione

Il periodo di incubazione della malattia, in caso di prima infestazione, può variare da 2 a 8 settimane. Il periodo di incubazione così lungo è dovuto alla patogenesi del prurito, causato da una reazione immunitaria di ipersensibilità, la quale ha bisogno di tempo per svilupparsi. ⁸

In caso di reinfestazione il prurito insorge di solito molto più rapidamente, nell'arco di 1-4 giorni.

Periodo di infettività

Considerato che l'infestazione si trasmette per il passaggio di acari tra un soggetto e l'altro, un paziente è potenzialmente infettivo dal momento in cui acquisisce l'infestazione, anche se asintomatico.

6. Manifestazioni cliniche

La scabbia si presenta con due forme cliniche principali: scabbia classica e scabbia crostosa.

6.1. Scabbia classica

Segni e sintomi:

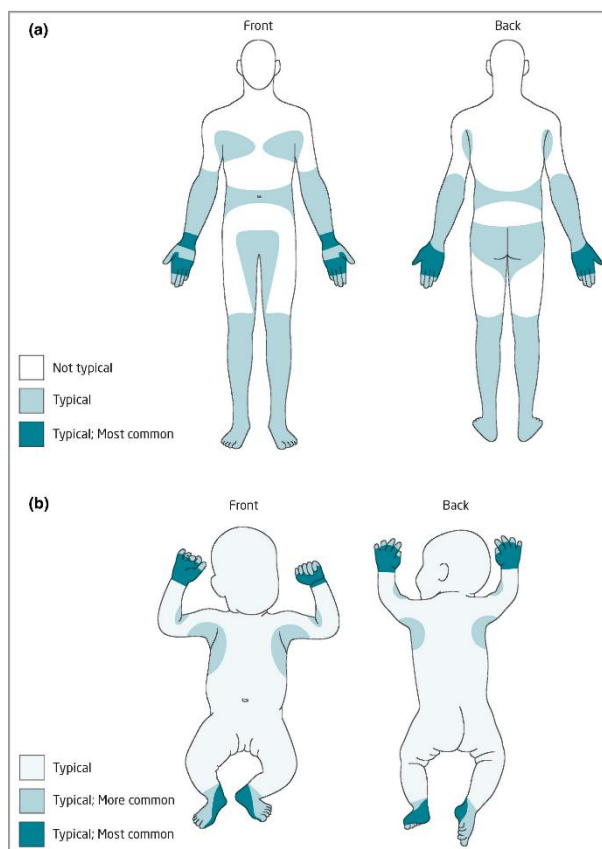
- Prurito intenso, che peggiora durante le ore notturne
- Lesioni papulose escoriate non specifiche
- Lesioni lineari patognomoniche di 1,0 – 1,5 cm (cunicoli)

Le sedi tipiche delle lesioni cutanee sono: spazi interdigitali, polsi, cavi ascellari, genitali, regioni mammarie e glutei.

Negli infanti e nei bambini piccoli le lesioni sono più diffuse e coinvolgono più frequentemente viso, collo e regioni palmoplantari.

Figura 3 Distribuzione tipica della scabbia.

[Fonte: The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies]



6.2. Scabbia crostosa

La scabbia crostosa può verificarsi in soggetti con una compromessa immunità cellulo mediata, anziani o defedati, oppure in caso di utilizzo prolungato di corticosteroidi per uso topico.

Si presenta con croste spesse con migliaia di acari, il prurito può essere minimo o assente.

Questa forma di scabbia è fortemente contagiosa a causa dell'elevato numero di acari.

7. Diagnosi

La diagnosi di scabbia è una **diagnosi clinica** che si basa principalmente sulla presenza di sintomi compatibili con l'infestazione e l'identificazione, ad occhio nudo o tramite l'ausilio di dermatoscopio, delle lesioni cutanee patognomoniche: i cunicoli.

La scabbia classica dovrebbe essere sospettata nei pazienti con:

- Prurito diffuso, che di solito peggiora di notte, che non interessa la testa (tranne che negli infanti e bambini piccoli) anche in assenza di lesioni della cute tali da giustificare l'intensità della sintomatologia;
- Prurito localizzato nelle sedi tipiche di interesse della scabbia con identificazione delle lesioni cutanee caratteristiche;

- Presenza di altri membri della famiglia o contatti con sintomatologia analoga.

La diagnosi di scabbia crostosa deve essere sospettata nei pazienti con:

- Sviluppo di croste e placche fissurate;
- Pazienti anziani o immunocompromessi.

È possibile effettuare una diagnosi microscopica, attraverso la ricerca dell'acaro, uova o feci attraverso il prelievo da lesioni cutanee. Tale metodica è riservata ai casi in cui non vi è immediata visualizzazione del cunicolo e non trova applicazione nella pratica clinica di routine.

Si sottolinea la necessità, soprattutto in assenza dell'identificazione delle lesioni patognomiche della scabbia, di prendere in esame ed indagare anche le altre cause possibili di prurito.

8. Segnalazione di malattia infettiva, identificazione e gestione dei contatti

In caso di sospetto clinico o diagnosi di scabbia, il medico è tenuto a effettuare la segnalazione di malattia infettiva attraverso l'applicativo regionale SMI secondo quanto previsto dalla D.g.r. XII/3698 del 20/12/2024.

La segnalazione di scabbia viene gestita dall'ATS che attiva l'inchiesta epidemiologica ai fini dell'identificazione e gestione dei contatti e per il monitoraggio del caso.

Come richiamato nella sezione modalità di trasmissione si sottolinea che l'identificazione dei contatti e l'assegnazione di un livello di rischio di acquisizione dell'infestazione è un processo complesso poiché la probabilità di trasmissione dell'infestazione è difficilmente quantificabile con un valore assoluto; si tratta infatti di un continuum influenzato da numerosi fattori.

Le indicazioni riportate in seguito rispetto alla classificazione dei contatti in: contatti stretti ad alto rischio, e contatti casuali a rischio basso, è pertanto indicativa e da applicare da parte degli operatori di sanità pubblica in base al contesto specifico e tenendo conto di tutte le variabili che influenzano la potenziale trasmissibilità dell'infestazione.

L'identificazione e gestione dei contatti, in particolar modo dei contatti stretti, è cruciale per assicurare la guarigione del caso e limitare la diffusione della malattia nella popolazione; un contatto stretto, infatti, ha una elevata probabilità di essere infestato dalla scabbia anche in assenza di sintomi e potrebbe ritrasmettere l'infestazione al caso anche se questo esegue il trattamento in maniera efficace (così detto effetto ping-pong).

8.1. Contatti stretti – alto rischio

Contatto cute-cute prolungato. Esempi:

- conviventi
- partner sessuali
- aver dormito nello stesso letto
- aver usato lo stesso asciugamano per la doccia, senza lavarlo, dopo che questo sia stato usato da una persona con la scabbia (nota bene: tenere presente tempo di sopravvivenza della scabbia lontano dall'ospite)

8.1.1. Gestione dei contatti stretti

Per i contatti stretti è raccomandato eseguire un trattamento per la scabbia che viene di solito consigliato dal medico che pone la diagnosi di scabbia, soprattutto per i contatti stretti facilmente identificabili quali ad esempio le persone conviventi.

Per i contatti stretti non è necessario effettuare una visita medica per confermare una eventuale diagnosi prima di iniziare il trattamento poiché il regime terapeutico utilizzato è, di solito, lo stesso utilizzato per trattare il caso con una diagnosi confermata.

Tuttavia, poiché i farmaci impiegati possono presentare controindicazioni in specifiche condizioni, è necessario che un medico, preferibilmente un medico di assistenza primaria, valuti l'idoneità clinica del trattamento e quindi l'assenza di controindicazioni alla sua esecuzione.

Una visita, effettuata da un medico di assistenza primaria, può essere utile per:

- valutare la presenza di segni e sintomi riferiti dai contatti e riscontrati nel corso dell'inchiesta epidemiologica svolta da ATS, accertati i quali, è necessario segnalare la persona attraverso l'applicativo SMI;
- prescrizione della terapia e delle corrette modalità di applicazione.

Si specifica che una eventuale visita medica del contatto stretto per accertare la presenza di segni e sintomi dovrebbe comunque idealmente essere svolta prima di eseguire il trattamento. La visita medica, se non necessaria per definire il regime terapeutico per il trattamento o effettuare una diagnosi differenziale, non dovrebbe ritardare l'inizio del trattamento per il caso e contatti.

Si sottolinea che, di norma, non è necessario ricorrere ad una visita specialistica per accertare la diagnosi o scegliere il trattamento per un contatto stretto, sia che questo sia sintomatico o asintomatico, esclusi casi specifici quali quelli definiti nella sezione "Quando richiedere una visita specialistica".

8.2. Contatti casuali – basso rischio

Contatti cute-cute non prolungato, contatto con le stesse superfici indossando i vestiti. Esempi:

- stretta di mano/abbraccio occasionale;
- sedersi sulla stessa sedia;
- usare stesso asciugamano occasionalmente per le mani.

Per i contatti casuali è prevista la sorveglianza sanitaria passiva (segnalazione di sintomi da parte dell'utente senza la chiamata attiva da parte di personale sanitario) per il periodo di incubazione della malattia che come specificato nella sezione precedente può variare tra le 2 e 8 settimane. Non c'è indicazione ad effettuare un trattamento profilattico.

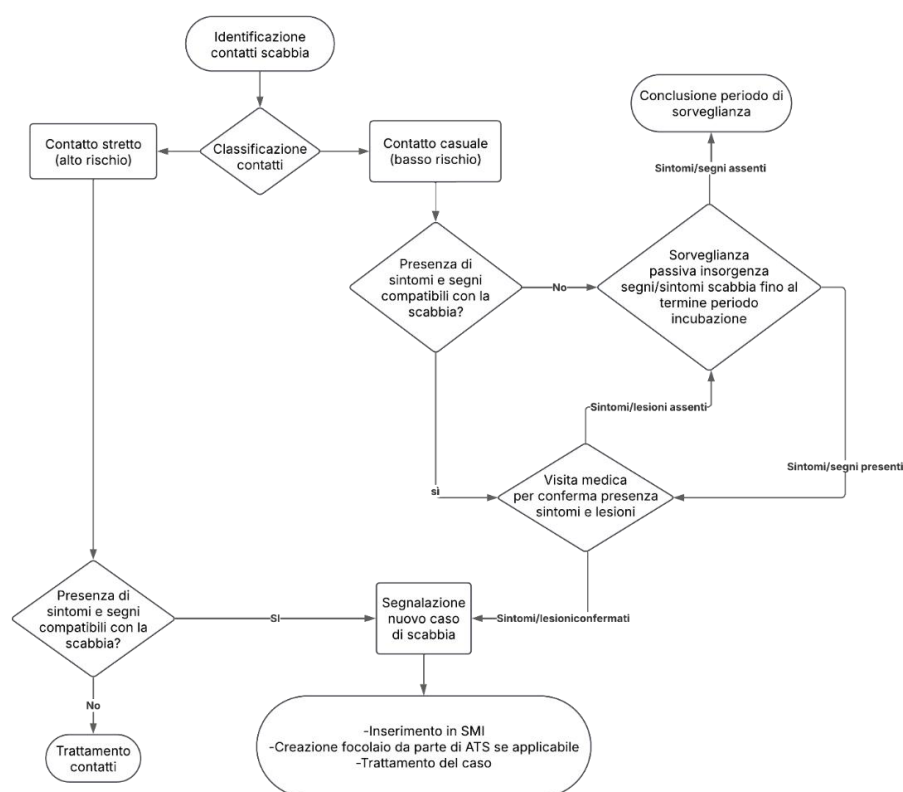
In caso di insorgenza di sintomi compatibili con la scabbia è necessario effettuare una visita medica per la conferma della presenza dei sintomi e la ricerca dei segni cutanei tipici dell'infestazione. Nel caso in cui venga accertata la presenza dell'infestazione è necessario segnalare il contatto come un nuovo caso su SMI ed effettuare il trattamento.

8.3. L'inchiesta epidemiologica, l'identificazione dei contatti e l'attivazione delle misure di profilassi e sorveglianza

Le attività di inchiesta epidemiologica vengono eseguite secondo quanto definito dalla d.g.r. XII/3698 del 20/12/2024. Si specifica che l'identificazione dei contatti, la classificazione del livello di rischio e l'attivazione delle misure di profilassi e sorveglianza vengono stabilite, caso per caso, in relazione al livello di rischio e alla collettività coinvolta. Ferma restando l'indicazione alla sorveglianza sanitaria passiva per il contatto casuale a basso rischio, ciò non costituisce indicazione a tracciare e sottoporre a sorveglianza tutti i contatti casuali come, ad esempio, tutte le persone che si sono sedute brevemente sullo stesso sedile in metropolitana o in una sala d'aspetto utilizzata da un caso confermato di scabbia. L'ATS o altra autorità sanitaria responsabile dell'inchiesta epidemiologica nella specifica collettività, ad esempio la direzione sanitaria per un ospedale, attivano le misure di profilassi, igiene sanitaria, isolamento e sorveglianza in base a quanto definito dalle proprie procedure aziendali e comunque tenendo conto del rischio di trasmissione, la vulnerabilità dei soggetti coinvolti ed il contesto epidemiologico.

La Fig. 4 sotto riportata riassume le indicazioni per la gestione di casi e contatti.

Figura 4 Flow-chart gestione casi e contatti di scabbia in Regione Lombardia



9. Trattamento

Al fine di avere successo nel trattamento della scabbia è necessario che:

- il caso ed i contatti stretti (es: conviventi, partner) siano trattati contemporaneamente;
- venga effettuata una corretta disinfestazione degli ambienti di vita del caso contemporaneamente al trattamento farmacologico;

- vengano fornite al paziente adeguate informazioni, sia per l'applicazione del trattamento sia per la disinfestazione degli ambienti di vita, tenendo conto della lingua parlata dalla persona e del livello di istruzione.

Tali accorgimenti sono essenziali per evitare re-infestazioni; un soggetto infatti può trattare la scabbia con successo ma se continua ad avere contatti stretti con un soggetto con la scabbia non trattata, riacquisisce l'infestazione. Nella tabella sotto-riportata vengono elencati i farmaci ed i regimi terapeutici per il trattamento della scabbia.

Tabella 4 Regimi terapeutici per il trattamento dei casi di scabbia negli adulti

Farmaco	Regime*
Permetrina 5% crema	Una applicazione al giorno per tre giorni consecutivi, seguita dopo una settimana dell'ultima applicazione, da una applicazione al giorno per tre giorni consecutivi. Esempio: 1/3/2025: Prima applicazione 2/3/2025: Seconda applicazione 3/3/2025: Terza applicazione 10/3/2025: Quarta applicazione 11/3/2025: Quinta applicazione 12/3/2025: Sesta applicazione
Benzil Benzoato 25%	Una applicazione al giorno per tre giorni consecutivi, seguita dopo una settimana dall'ultima applicazione, da una applicazione al giorno per tre giorni consecutivi. Esempio: 1/3/2025: Prima applicazione 2/3/2025: Seconda applicazione 3/3/2025: Terza applicazione 10/3/2025: Quarta applicazione 11/3/2025: Quinta applicazione 12/3/2025: Sesta applicazione
Ivermectina orale (da non usare nei bambini con peso < 15 kg)	Una somministrazione di una dose di 200 µg/kg da ripetere, con lo stesso dosaggio, a distanza di 7 giorni. Esempio: Uomo di 70 kg 1/3/2025: assunzione di 5 compresse da 3 mg 8/3/2025: assunzione di 5 compresse da 3 mg [Per la definizione del numero di compresse in base al peso corporeo vedere la Tabella 5. Posologia dell'Ivermectina orale]
<p><i>*Nota bene: sebbene le linee guida suggeriscano due sole applicazioni, delle quali la seconda a distanza di 7 giorni dal primo trattamento, è uso comune nella pratica clinica l'utilizzo di più applicazioni, come indicato in tabella. Variazioni nel numero di applicazioni, comunque mai inferiori ad almeno due applicazioni a distanza di 7 giorni l'una dall'altra, possono essere prese in considerazione dal medico curante.</i></p> <p><i>Per la profilassi nei contatti stretti è possibile ricorrere ai farmaci per via topica, trattamenti di prima scelta, secondo lo schema a due applicazioni previsto dalle linee guida (1+ 1 dopo sette giorni).⁹</i></p>	

Nella valutazione del numero di applicazioni da prescrivere è opportuno tenere in considerazione la capacità del paziente di seguire le modalità corrette di applicazione del trattamento poiché una applicazione errata dello stesso inficia la probabilità di successo dell'eradicazione dell'infestazione.

Tabella 5. Posologia dell'Ivermectina orale

Conversione Ivermectina orale	
PESO CORPOREO (kg)	Numero di compresse da 3 mg
15-24 kg	1
25-35 kg	2
36-50 kg	3
51-65 kg	4
66-79 kg	5
≥ 80	6

Trattamento di popolazione specifiche

- Donne in gravidanza: permetrina 5% topica.
- Donne in allattamento: permetrina 5% topica.
- Infanti da 0 ai 6 mesi: permetrina 5% topica (2 cicli di 5 giorni con intervallo di 1 settimana)
- Da 7 mesi - 1 anno: permetrina al 5 % (2 cicli di 5 gg con intervallo di 1 settimana) oppure Benzoato di Benzile al 20 % (2 cicli di 3 gg con intervallo di 5 gg)
- Dall'anno di età in poi: regimi terapeutici analoghi a quelli utilizzati nell'adulto con attenzione al requisito del peso corporeo per la somministrazione dell'ivermectina che si raggiunge solitamente ai due anni di età.
- Persone con difficoltà nell'utilizzo del trattamento per via topica: preferibile Ivermectina orale

Trattamento della scabbia in collettività

- Trattamento di comunità socio assistenziali: preferibile Ivermectina orale
- Trattamento di comunità vulnerabili: preferibile Ivermectina orale

Gestione del prurito in seguito al trattamento

Il prurito può durare fino a un mese dopo il termine del trattamento e può essere mitigato da prodotti topici contenenti attivi antiprurito quali calamina e crotamitone. La presenza del prurito in seguito al trattamento non implica necessariamente il fallimento terapeutico, soprattutto se questo è stato applicato in modo appropriato secondo le indicazioni ricevute.

Fallimento terapeutico

Il fallimento della terapia può essere dovuto:

- Ad un vero fallimento: scabbia resistente;
- Ad una applicazione non corretta del trattamento o reinfestazione per contatto con altre persone o oggetti.

È importante capire la causa del fallimento al fine di mettere in atto le giuste azioni correttive.

9.1. Applicazione del trattamento topico a base di permetrina nell'adolescente (>14 anni) e adulto

Preparazione

- È consigliabile applicare la permetrina la sera, prima di andare a dormire, per massimizzarne l'efficacia
- Rimuovere tutti i vestiti e gioielli
- Fare una doccia con acqua tiepida o fresca (non calda), prestando particolare attenzione alle pieghe cutanee e allo spazio sotto le unghie.
- Tagliare le unghie corte se possibile, in modo da facilitare la pulizia e l'applicazione del prodotto.
- Asciugare bene la pelle. Assicurarsi che sia **pulita e asciutta** prima di iniziare l'applicazione.

Applicazione del trattamento

- Applicare la permetrina al 5% **su tutta la superficie cutanea**, evitando volto e cuoio capelluto.
- Fare attenzione a stendere bene il prodotto, soprattutto in aree spesso trascurate o difficili da raggiungere, come:
 - Tra le dita di mani e piedi
 - Sotto le unghie (utilizzare eventualmente un piccolo spazzolino morbido)
 - Zona genitale
 - Dietro le orecchie
 - Intorno ai capezzoli
 - Sotto/attorno a bracciali, anelli e altri gioielli (meglio rimuoverli prima)
 - Ombelico
 - Applicare la crema per ultima sulla pianta dei piedi.
- Lasciare asciugare il prodotto sulla pelle per circa **10-15 minuti** prima di rivestirsi. È possibile, su indicazione del medico, lasciare il prodotto in posa per più tempo, fino a 24 ore.
- Se durante il periodo di posa ci si lava una parte del corpo (ad esempio le mani), è importante **riapplicare il prodotto** su quell'area.

Rimozione del prodotto

- Trascorso il tempo di posa raccomandato, sciacquare inizialmente la pelle con acqua **senza usare sapone**.
- Dopo aver rimosso completamente la crema, è possibile fare una doccia con sapone e utilizzare eventuali lozioni, creme idratanti o emollienti.

Seguendo con attenzione questi passaggi, si favorisce un'esposizione uniforme al trattamento e si riduce il rischio di recidive. Per dubbi o problematiche specifiche, rivolgersi al proprio medico o farmacista di fiducia.

9.2. Applicazione del trattamento topico a base benzil-benzoato nell'adolescente (>14 anni) e adulto

Preparazione

- È consigliabile applicare il trattamento a base di benzil-benzoato la sera, prima di andare a dormire, per massimizzarne l'efficacia
- Rimuovere tutti i vestiti e gioielli
- Fare una doccia con acqua tiepida o fresca (non calda), prestando particolare attenzione alle pieghe cutanee e allo spazio sotto le unghie.
- Tagliare le unghie corte se possibile, in modo da facilitare la pulizia e l'applicazione del prodotto.
- Asciugare bene la pelle. Assicurarsi che sia **pulita e asciutta** prima di iniziare l'applicazione.

Applicazione del trattamento

- Applicare il trattamento a base di benzil-benzoato **su tutta la superficie cutanea**, evitando volto e cuoio capelluto.
- Fare attenzione a stendere bene il prodotto, soprattutto in aree spesso trascurate o difficili da raggiungere, come:
 - Tra le dita di mani e piedi
 - Sotto le unghie (utilizzare eventualmente un piccolo spazzolino morbido)
 - Zona genitale
 - Dietro le orecchie
 - Intorno ai capezzoli
 - Sotto/attorno a bracciali, anelli e altri gioielli (meglio rimuoverli prima)
 - Ombelico
 - Applicare la crema per ultima sulla pianta dei piedi.
- Lasciare asciugare il prodotto sulla pelle per circa **10-15 minuti** prima di rivestirsi.
- Lasciare il prodotto sulla pelle per **24 ore**, secondo quanto indicato dal medico.
- Se durante il periodo di posa ci si lava una parte del corpo (ad esempio le mani), è importante **riapplicare il prodotto** su quell'area.

Rimozione del prodotto

- Trascorso il tempo di posa raccomandato, sciacquare inizialmente la pelle con acqua **senza usare sapone**.
- Dopo aver rimosso completamente la crema, è possibile fare una doccia con sapone e utilizzare eventuali lozioni, creme idratanti o emollienti.

Seguendo con attenzione questi passaggi, si favorisce un'esposizione uniforme al trattamento e si riduce il rischio di recidive. Per dubbi o problematiche specifiche, rivolgersi al proprio medico o farmacista di fiducia.

10. Modalità per la disinfestazione degli ambienti di vita

Come sottolineato precedentemente nel documento, è fondamentale che il trattamento farmacologico della persona con scabbia venga effettuato contemporaneamente ad una adeguata disinfestazione degli ambienti di vita, al fine di evitare reinfestazioni.

Di seguito alcune raccomandazioni da fornire alla persona con scabbia o caregiver per la disinfestazione degli ambienti di vita domestici.

10.1. Biancheria da letto, asciugamani e vestiti

- *Lavaggio in lavatrice*

Lenzuola, federe, asciugamani, pigiama, vestiti indossati negli ultimi giorni (o comunque a stretto contatto con la pelle) devono essere lavati in lavatrice a temperatura di almeno 60°C. Questa procedura è considerata sufficiente a uccidere gli acari presenti nelle fibre dei tessuti.

- *Alternative al lavaggio in lavatrice*

Se alcuni capi non possono essere lavati ad alte temperature (per esempio capi delicati), è possibile optare per la **lavanderia a secco** (lavaggio a secco) o il passaggio in asciugatrice ad alta temperatura (se il tessuto lo consente).

In alternativa, riporre i capi in **sacchetti di plastica chiusi** per almeno 4 giorni. In questo modo gli acari non trovano un ospite su cui sopravvivere e muoiono.

10.2. Materassi, divani e tappezzeria

- *Aspirazione accurata*

Passare con cura l'**aspirapolvere** su materassi, divani, poltrone, moquette e tappeti. Un'aspirazione completa aiuta a rimuovere eventuali acari o uova presenti in superficie. Se possibile, utilizzare un aspirapolvere con filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air) e svuotarlo subito dopo all'esterno dell'abitazione.

- *Pulizia a vapore (opzionale)*

Passare un **pulitore a vapore** ad alta temperatura su divani, materassi e altre superfici in tessuto può rappresentare un ulteriore metodo di sicurezza, poiché il calore è efficace nell'eliminare gli acari.

Si raccomanda l'utilizzo di coprimaterassi e copricuscini anti-acaro, lavati regolarmente.

Si ricorda che gli acari non sopravvivono lontano dal contatto con l'ospite; quindi, nell'impossibilità di pulire accuratamente un divano, ad esempio, può essere utile non utilizzarlo per almeno 4 giorni.

Se è necessario usare per forza un divano o materasso, anche se sono state seguite le indicazioni di cui sopra, si consiglia di usare coprimaterassi, lenzuola, copricuscini e copridivani nuovi dopo il primo trattamento e cambiarli almeno anche dopo il secondo trattamento effettuato dopo 7 giorni dall'ultimo.

10.3. Oggetti di uso quotidiano e suppellettili

- *Oggetti con contatto frequente*

Per oggetti che entrano in contatto diretto e frequente con la pelle (spazzole, pettini, accessori vari), pulirli con acqua calda e sapone. Se possibile, lasciare all'aria o in un sacchetto sigillato per 4 giorni tutto ciò che non si può lavare con acqua (per esempio, giocattoli non lavabili, cuscini decorativi delicati, pantofole, ecc.).

- *Superfici dure, mobili, pavimenti*

Non è necessario disinfettare ogni superficie della casa con prodotti chimici specifici, poiché l'acaro della scabbia sopravvive poco lontano dall'ospite. Tuttavia, è buona pratica eseguire una **normale pulizia** con detergenti comuni (pavimenti, tavoli, maniglie, ecc.) per garantire un ambiente igienico complessivo.

10.4. COSA NON FARE

Utilizzare insetticidi o altri prodotti contro parassiti per la pulizia di casa, sono dannosi ed inutili per la disinfestazione degli ambienti dalla scabbia.

11. Visita di controllo e rientro in collettività

Per le persone con una diagnosi di scabbia è raccomandato l'isolamento fiduciario o comunque un efficace isolamento da contatto al fine di prevenire la diffusione della scabbia ad altre persone.

Il ritorno in collettività è previsto alla fine della prima applicazione di trattamento, cioè dopo aver sciacquato il farmaco per uso topico mentre in caso di terapia con ivermectina è necessario attendere 24 ore dall'assunzione della prima dose di farmaco. La visita di un operatore sanitario non è necessaria per il rientro in collettività, salvo in caso di scabbia crostosa, per la quale - data la maggiore contagiosità - si raccomanda invece una valutazione medica.

Si ricorda che non è previsto il rilascio di nessuna tipologia di certificato per il rientro in collettività scolastica.

Normalmente una visita di controllo nel paziente adulto per accertare la guarigione dalla scabbia non è necessaria. Come specificato in precedenza, considerata la possibilità di persistenza del prurito a seguito del trattamento, si consiglia una visita di controllo specialistica solo se questo persiste per più di 4 settimane dal termine del trattamento.

Nel bambino la visita di controllo può essere raccomandata in base al giudizio clinico del medico che ha prescritto il trattamento, al termine di tutti i cicli previsti.

12. Quando richiedere una visita specialistica

La scabbia è una infestazione che può essere diagnosticata e trattata, nella maggior parte dei casi, dal medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o altro medico di assistenza primaria senza necessità di una visita specialistica dermatologica. La visita specialistica è importante in caso di pazienti con inquadramento diagnostico difficile, con diagnosi confermata ma fallimento al trattamento o con scabbia recidivante oppure appartenente a categorie particolari.

Si riassumono di seguito le condizioni nelle quali si raccomanda l'invio del paziente dallo specialista dermatologo:

- Inquadramento diagnostico difficile: nel caso in cui ci sia il dubbio sull'eziologia della sintomatologia, una visita specialistica può aiutare a confermare la diagnosi. È necessario, tuttavia, che il paziente non faccia trattamenti per la scabbia prima della visita altrimenti ciò vanifica l'esito della visita stessa. Come sottolineato precedentemente, in assenza di lesioni patognomoniche per la scabbia è sempre necessario prendere in esame tutte le possibili cause di prurito per il paziente.

- Pazienti < 6 mesi
- Donne in gravidanza
- Scabbia recidivante o difficile da trattare: persistenza di sintomatologia e/o lesioni dopo 4 settimane dal termine del trattamento
- Scabbia crostosa

13. Cronoprogramma di revisione

Il presente documento verrà aggiornato sulla base delle evidenze disponibili in letteratura e/o cambiamenti organizzativi.

Chiunque avesse osservazioni motivate e documentate circa il contenuto delle presenti linee di indirizzo può inviarle all'attenzione dell'U.O. Prevenzione della Direzione Generale Welfare.

14. Bibliografia

1. Heukelbach, J. & Feldmeier, H. Scabies. *Lancet* **367**, 1767–1774 (2006).
2. CDC. Scabies. <https://www.cdc.gov/dpdx/scabies/index.html>.
3. Arlian, L. G., Vyszenski-Moher, D. L. & Pole, M. J. Survival of adults and developmental stages of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* when off the host. *Exp. Appl. Acarol.* **6**, 181–187 (1989).
4. Arlian, L. G., Runyan, R. A., Achar, S. & Estes, S. A. Survival and infestivity of *Sarcoptes scabiei* var. *canis* and var. *hominis*. *J. Am. Acad. Dermatol.* **11**, 210–215 (1984).
5. McCarthy, J. S., Kemp, D. J., Walton, S. F. & Currie, B. J. Scabies: More than just an irritation. *Postgrad. Med. J.* **80**, 382–387 (2004).
6. Roberts, L. J., Huffam, S. E., Walton, S. F. & Currie, B. J. Crusted scabies: Clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature. *J. Infect.* **50**, 375–381 (2005).
7. Aydingöz, I. E. & Mansur, A. T. Canine scabies in humans: A case report and review of the literature. *Dermatology* **223**, 104–106 (2011).
8. Chosidow, O. Scabies and pediculosis. *Lancet* **355**, 819–826 (2000).
9. Salavastru, C. M., Chosidow, O., Boffa, M. J., Janier, M. & Tiplica, G. S. European guideline for the management of scabies. *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.* **31**, 1248–1253 (2017).

