

PROCEDURA GENERALE AZIENDALE

PG DSRI ASL AL 013

Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero

	Responsabili – Firme			Firma
	Nome e Cognome		Funzione/i	
Redazione	Cesare	Bolla	<i>Dirigente Medico SC Malattie Infettive ASO AL</i>	
	Elisabetta	Ferrando	<i>ISRI – SS Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere</i>	
	Angela	Pernecco	<i>ISRI – SS Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere</i>	
	Ilirjan	Zenullari	<i>ISRI – SS Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere</i>	
Verifica	Maria Elisena	Focati	<i>Direttore SC DiPSa</i>	
	Stefania	Marchianò	<i>Responsabile SIMI</i>	
	Corrado	Zanardi	<i>SC Medico Competente</i>	
Approvazione	Simone	Porretto	<i>Direttore SC Direzione Sanitaria P.O. Novi L. Coordinatore PP.OO. ASL AL</i>	
	Pasquale	Toscano	<i>Direttore SC Direzione Sanitaria P.O. Casale M. SS Rischio Clinico e Controllo I.O.</i>	

INDICE

1.	TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA	pag. 3
2.	PREMESSA	pag. 3
3.	SCOPO/OBIETTIVI	pag. 3
4.	AMBITO DI APPLICAZIONE	pag. 3
5.	DEFINIZIONI	pag. 4
6.	DEFINIZIONI DI CASO	pag. 4
	6.1 Caso probabile	pag. 4
	6.2 Caso accertato	pag. 4
7.	QUADRI CLINICI PARTICOLARI	pag. 5
8.	CONTAGIO E PERIODO DI INCUBAZIONE	pag. 5
	8.1 Periodo di incubazione	pag. 5
	8.2 Periodo di contagiosità	pag. 5
	8.3 Contatti ad alto rischio	pag. 5
	8.4 Contatti a basso rischio	pag. 5
9.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI GESTIONE PAZIENTE AFFETTO DA SCABBIA	pag. 6
	9.1 Collocazione del degente	pag. 6
	9.2 Guanti e lavaggio delle mani	pag. 6
	9.3 Dispositivi di protezione individuale	pag. 6
	9.4 Attrezzature per l'assistenza al degente	pag. 7
	9.5 Effetti lettereschi e biancheria	pag. 7
10.	PULIZIA E GESTIONE RIFIUTI	pag. 8
	10.1 Eliminazione dei rifiuti	pag. 8
	10.2 Pulizia ambientale	pag. 8
11.	DIMISSIONI E TRASFERIMENTO PAZIENTE	pag. 8
	11.1 Trasferimenti del paziente intra ed extra-ospedalieri	pag. 8
	11.2 Precauzioni alla dimissione	pag. 8
12.	INFORMAZIONI AI PAZIENTI E VISITATORI	pag. 9
13.	GESTIONE DI CASO AMBULATORIALE	pag. 9
14.	SORVEGLIANZA DEI RICOVERATI CONTATTI DI UN CASO PROBABILE O ACCERTATO	pag. 10
15.	SORVEGLIANZA DEGLI OPERATORI CONTATTI DI UN CASO	pag. 10
16.	GESTIONE DI UN OPERATORE SOSPETTO/AFFETTO DA SCABBIA	pag. 11
17.	PROFILASSI DEI CONTATTI	pag. 11
18.	NOTIFICA OBBLIGATORIA E SORVEGLIANZA DEI CASI DI SCABBIA	pag. 12
19.	RIFERIMENTI E ALLEGATI	pag. 12

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 3 di 13
---	---	---

1. TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA

1.1 Titolo

Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia nei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL

1.2 Descrizione sintetica

Nella seguente procedura vengono riportate le definizioni di caso sospetto e di caso accertato di Scabbia e vengono quindi descritte:

- le modalità di gestione del paziente differenziate a seconda del setting assistenziale in cui nasce il sospetto o viene diagnosticata la malattia
- le modalità di notifica dei casi sospetti/accertati, la definizione di “contatto” di caso e la loro individuazione all'interno dei reparti/servizi
- le attività da mettere in atto nel caso in cui un operatore risulti affetto da Scabbia.

2. PREMESSA

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 scabbia è una parassitosi endemica sul territorio la cui presenza è sempre stata rilevata. Per questo è importante conoscere e diffondere corrette informazioni e garantire l'applicazione rigorosa e scrupolosa delle direttive sulla prevenzione e sul controllo.

3. SCOPO / OBIETTIVI

- Prevenire e limitare, attraverso l'applicazione delle procedure, la trasmissione interumana della scabbia nell'ambiente ospedaliero
- Diffondere gli aggiornamenti relativi alle raccomandazioni in tema di controllo
- Uniformare le procedure di gestione di pazienti affetti da Scabbia
- Uniformare le procedure di gestione di operatori affetti da Scabbia
- Uniformare le procedure di gestione dei contatti dei casi accertati di Scabbia tra gli operatori e i pazienti
- Fornire indicazioni relative alla notifica di Scabbia

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari dei Presidi Ospedalieri dell'ASL AL.

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 4 di 13
--	---	---

5. DEFINIZIONI

Trasmissione per contatto: modalità più frequente di trasmissione delle infezioni nosocomiali comprende:

- **contatto diretto:** presuppone il contatto tra ospite suscettibile e persona infetta o colonizzata (paziente-operatore o paziente-paziente)
- **contatto indiretto:** presuppone il contatto tra ospite suscettibile e oggetto contaminato (veicolo) che funge da fonte (es. strumentario chirurgico, mani dell'operatore, guanti contaminati e in generale tutta l'attrezzatura sanitaria).

Contatti stretti/ad alto rischio: coloro che hanno contatti cutanei con il caso indice.

Contatti a basso rischio: coloro che hanno contatti indiretti, es. attraverso lenzuola o asciugamani.

Coorte: Sistemazione spaziale per medesima condizione patologica

DPI: dispositivo di protezione individuale.

Notifica: segnalazione da parte del medico alle autorità Sanitarie competenti di qualsiasi malattia infettiva e diffusiva pericolosa per la salute pubblica

Precauzioni standard: (CDC 2007) sono tali tutte le misure protettive a carattere generale che l'operatore sanitario deve mettere in atto sistematicamente quando assiste un paziente, indipendentemente dalla conoscenza dello stato infettivo del paziente stesso (es. igiene mani, uso dei guanti, ecc).

Precauzioni Aggiuntive: (CDC 2007), sono precauzioni da applicare, in aggiunta alle precauzioni standard, durante l'assistenza a pazienti con infezione trasmissibile per via aerea, attraverso droplet, per contatto.

SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Sorveglianza sanitaria: obbligo di sottoporsi a controlli da parte dell'Autorità Sanitaria, senza restrizione dei movimenti, per un periodo di tempo pari a quello massimo di incubazione della malattia.

6. DEFINIZIONI DI CASO

6.1 Caso probabile

un caso probabile di scabbia è definito dalla presenza di sintomi clinici compatibili quali:

- prurito (soprattutto notturno, localizzato)
- lesione cunicolare e piccole papule o noduli flegmasici con eritema perilesionale
- lesioni da grattamento (specie ai polsi)

I suddetti sintomi possono essere accompagnati o meno da esposizione documentata al contagio o alla presenza di sintomi in famiglia o in altri ambiti comunitari negli ultimi due mesi.

Sedi elettive di localizzazione sono le superfici volari dei polsi, le superfici laterali delle dita, palmi della mano, spazi interdigitali, pieghe ascellari e zona periombelicale.

6.2 Caso accertato

un caso confermato di scabbia è definito dal riscontro al microscopio dell'acaro, delle uova o delle feci con esame microscopico diretto di materiale grattato dalla superficie cutanea, in corrispondenza dei cunicoli, oppure da un quadro clinico tipico, con la presenza della lesione patognomonica: il cunicolo.

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 5 di 13
---	---	---

Si deve sospettare una epidemia di scabbia quando in una struttura sanitaria vengono rilevati 2 o più casi concomitanti che abbiano interessato i pazienti e/o i membri dello staff assistenziale.

7. QUADRI CLINICI PARTICOLARI

- **SCABBIA MISCONOSCIUTA O INCOGNITA:** è caratterizzata dalla modestia sia del prurito che delle manifestazioni cutanee (es. in caso di uso prolungato di steroidi, igiene eccessiva ed in soggetti incapaci di riferire la sintomatologia pruriginosa).
- **SCABBIA CROSTOSA O NORVEGESE:** propria di individui immunodepressi, defedati o ipoevoluti, si distingue per la presenza di lesioni crostose ricche di acari, in genere più evidenti alle mani e ai piedi. Anche in questi casi la modestia del prurito può ritardare la diagnosi, con elevato rischio di diffusione nelle comunità.
- **SCABBIA NODULARE:** si tratta di una forma di iper-reattività e si presenta con lesioni nodulari intensamente pruriginose reattive, localizzate prevalentemente alle ascelle, ai genitali, glutei e piedi. Tali lesioni non risentono dei trattamenti antiparassitari, poiché sono forme disabitate dall'acaro, potendo persistere anche per alcuni mesi.

8. CONTAGIO E PERIODO DI INCUBAZIONE

Il contagio è correlato alla convivenza familiare e comunitaria e può avvenire per prolungato contatto interumano diretto, cute-cute (ad es. durante i contatti sessuali) oppure indiretto, attraverso la mediazione di indumenti ed effetti lettereci (lenzuola, federe, coperte, asciugamani).

Tuttavia, a causa della labilità dell'acaro al di fuori dell'ospite (muore dopo 1-2 giorni), il contagio indiretto si verifica solo se questi effetti sono stati contaminati da poco tempo.

La contagiosità si riduce progressivamente nel corso della terapia (24 h da inizio trattamento).

8.1 Periodo di incubazione: L'incubazione è 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.

8.2 Periodo di contagiosità: 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.

8.3 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 re-infestare le persone con cui viene a stretto contatto.

8.4 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.

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 6 di 13
---	---	---

9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI GESTIONE PAZIENTE AFFETTO DA SCABBIA

È fondamentale per la prevenzione della scabbia mantenere sempre un elevato indice di sospetto. Nel caso si sospetti un'infestazione da scabbia è necessario procedere ad un isolamento preventivo del paziente (precauzioni standard più precauzioni per contatto) in attesa della conferma del caso da parte dello specialista o del clinico.

In presenza di un caso probabile od accertato procedere come descritto nei seguenti .

9.1 Collocazione del degente

1	Il paziente deve essere posto, se possibile, in camera singola, allo scopo di facilitare l'isolamento da contatto.
2	Applicare sulla porta della stanza il cartello di accesso controllato e posizionare all'interno della camera l'occorrente necessario per garantire l'isolamento: Dispositivi Medici e presidi per l'assistenza al paziente personalizzati, contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo
3	In alternativa alla camera singola, più pazienti affetti da scabbia, nella stessa fase di trattamento, possono condividere la stessa camera (coorte), facendo attenzione ad assicurare un'adeguata separazione spaziale, superiore a un metro.
4	Evitare di collocare nella stessa stanza pazienti che sono più a rischio di contagio (immunocompromessi, ferite aperte, previsione di degenza prolungata).
5	L'isolamento da contatto deve essere mantenuto per 24 ore dall'inizio del trattamento terapeutico.

9.2 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 lettereci). Al fine della protezione della cute del polso indossare guanti a manichetta lunga o in alternativa utilizzare doppio paio di guanti ancorando il polsino del camice al pollice e ricoprendolo con il secondo paio di guanti. Dopo l'uso i guanti devono essere immediatamente eliminati, prima di uscire dalla stanza del degente, nel contenitore dei rifiuti sanitari a rischio infettivo.

9.3 Dispositivi di Protezione Individuale

Posizionare all'esterno della camera o nelle immediate vicinanze un carrello con i DPI necessari.

Indossare camici monouso, copricapo, calzari se si prevede un contatto diretto con il paziente o con superfici potenzialmente contaminate.

Indossare il copricapo durante la manipolazione di effetti lettereci (es. rifacimento del letto).

Tutto il materiale va eliminato nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo, direttamente nella stanza del paziente.

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 7 di 13
--	---	---

9.4 Attrezzature per l'assistenza al degente

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

La documentazione clinica ed assistenziale deve essere consultata ed aggiornata al di fuori della camera di degenza, dopo aver rimosso i dispositivi di protezione ed aver eseguito il lavaggio delle mani.

9.5 Effetti letterei e biancheria

1	Effettuare il rifacimento completo del letto e il cambio della biancheria personale del malato giornalmente o, se necessario anche due volte al giorno, sino a quando il trattamento terapeutico non sia risultato efficace.
2	Ad ogni cambio, la biancheria deve essere posta nei sacchi biodegradabili trasparenti + sacco rosso richiusi presso il letto del paziente prima di inviarli in lavanderia
3	Avvisare la lavanderia dell'invio di biancheria contaminata da scabbia
4	Sostituire il materasso, il guanciale e le coperte di lana <u>dopo le prime 24 ore di trattamento.</u> Sostituirle nuovamente alla dimissione.
5	Rimuovere con attenzione la biancheria del letto, evitando qualsiasi scuotimento.
6	Gli indumenti dei pazienti 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 e <u>chiusi ermeticamente per almeno 7 gg.</u>
7	È consigliabile l'uso di biancheria personale di cotone. Evitare di far indossare al paziente golfini o indumenti di lana.
8	Non utilizzare gli asciugamani personali del paziente ma traverse di cotone da smaltire con la stessa modalità della biancheria (punto 2)

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 8 di 13
--	---	---

10. PULIZIA E GESTIONE RIFIUTI

10.1 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.

10.2 Pulizia ambientale

Avvisare il personale addetto al Servizio di Pulizia di eseguire le attività di sanificazione e disinfezione routinaria della camera (arredi e suppellettili) dopo la pulizia delle altre camere di degenza.

In particolare, detto personale deve:

1	Indossare i DPI idonei (copricapo, camice monouso, guanti monouso)
2	Aprire le finestre ed areare la camera
3	Effettuare scopatura ad umido
4	Lavare il pavimento con prodotto detergente/disinfettante
5	Detergere e disinfettare l'unità del malato ponendo attenzione agli arredi e suppellettili (tavolini, sedie, sostegni per flebotomi, ruote dei letti) evitando di rimuoverli dalla stanza. Utilizzare per la disinfezione una soluzione di cloro con 5000 ppm
6	Eliminare tutti i DPI nei contenitori dei rifiuti sanitari a rischio infettivo al termine delle operazioni di pulizia
7	Tutto il materiale utilizzato per la pulizia deve essere monouso ed eliminato nei contenitori dei rifiuti sanitari a rischio infettivo posizionato all'interno della camera

11. DIMISSIONI E TRASFERIMENTI PAZIENTE

11.1 Trasferimenti del paziente intra ed extra-ospedalieri

I trasferimenti dei pazienti affetti da scabbia in fase contagiosa devono essere circoscritti ai casi di assoluta necessità. 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.

Eventuali lesioni cutanee devono essere coperte con medicazioni sterili.

11.2 Precauzioni alla dimissione

T trattare materassi e cuscini come descritto al paragrafo 9.5.

Eseguire pulizia a fondo e disinfezione della camera ponendo particolare attenzione a tavolini, sedie sostegni per flebotomi, ruote dei letti, unità di degenza ecc. Eseguire tutte le sopraindicate manovre con le adeguate protezioni (guanti, camice, copricapo, ecc.). Eliminare tutti i DPI al termine delle operazioni di pulizia.

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 9 di 13
--	---	---

12. INFORMAZIONI AI PAZIENTI E VISITATORI

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

Visitatori: regolamentare l'accesso dei visitatori e 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. Dare informazioni circa le modalità di trattamento e di trasporto della biancheria, abiti e altro materiale proveniente dal malato (allegato 1)

13. GESTIONE DI UN CASO AMBULATORIALE

Nel caso il sospetto o la diagnosi certa vengano riscontrati all'interno di un ambulatorio:

1	Eliminare tutto il materiale monouso venuto a contatto con il paziente
2	Detergere e disinfettare tutte le superfici e di dispositivi riutilizzabili venuti a contatto con il paziente, utilizzando per la disinfezione una soluzione di cloro con 5000 ppm.
3	Se l'operatore è venuto a contatto diretto con il paziente senza DPI (camice e guanti) sostituire immediatamente la divisa ed eseguire il lavaggio delle mani
4	Il Coordinatore dovrà redigere l'elenco degli operatori esposti al caso compilando l'apposito modulo (allegato 2) che verrà trasmesso al Medico Competente
5	Il medico che ha in carico il caso sospetto/accertato invierà notifica al SIS (simial@aslal.it) e per conoscenza al Rischio Infettivo (rischioinfettivo@aslal.it) – (allegato 3)

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: febbraio 2022 Revisione n° 00 Pagina 10 di 13
---	---	---

14. SORVEGLIANZA DEI RICOVERATI CONTATTI DI UN CASO PROBABILE O ACCERTATO

In presenza di un caso probabile o accertato il Responsabile della SC/SS e il Coordinatore Infermieristico dovranno:

1	Redigere l'elenco di tutti i pazienti ricoverati dal momento dell'ingresso in reparto del caso indice comprendendo anche coloro che sono stati eventualmente trasferiti in altri reparti, indicando in tal caso il reparto di destinazione del trasferimento (allegato 4)
2	Redigere l'elenco di tutti i pazienti dimessi dal giorno del ricovero del caso indice o nelle 6 settimane precedenti l'esordio dei sintomi in caso di ricovero superiore alle 6 settimane (allegato 5)
3	Il medico di reparto dovrà illustrare a tutti i "contatti" ancora ricoverati, tramite apposito modulo (allegato 6) la procedura di sorveglianza sanitaria offerta, dato l'evento infettivo verificatosi. Il modulo, firmato dal paziente, sarà tenuto all'interno della cartella clinica del "contatto".
4	Per i pazienti dimessi nelle tre settimane successive all'individuazione del caso indice e che rientrano nell'elenco contatti, dovrà essere segnalato al Medico curante nella lettera di dimissione che tali pazienti risultano " <i>contatto di caso di Scabbia</i> " per la sorveglianza sanitaria e il raccordo con le attività del SISP competente.
5	Gli elenchi dei pazienti "contatti di caso" <u>ricoverati</u> e <u>dimessi</u> dovranno essere inviati al SISP (simial@aslal.it) e per conoscenza al Rischio Infettivo (rischioinfettivo@aslal.it) e alla Direzione di Presidio competente

15. SORVEGLIANZA DEGLI OPERATORI CONTATTI DI UN CASO

La sorveglianza sanitaria sarà effettuata ai dipendenti che abbiano avuto contatti con il paziente **prima che siano state attuate le misure di prevenzione** e che quindi non abbiano indossato gli idonei DPI per la prevenzione del rischio da contatto.

1	I Coordinatori Infermieristici delle SC ove il paziente sia ricoverato o transitato dovranno redigere l'elenco del personale esposto dal momento dell'ingresso del caso indice, o nelle 6 settimane precedenti l'esordio dei sintomi in caso di ricovero superiore alle 6 settimane, mediante la compilazione dell'apposito modulo (allegato 2) che verrà trasmesso al Medico Competente e alla Direzione Medica di Presidio/Rischio Infettivo
2	Per quanto attiene eventuali contatti dei dipendenti di Ditte Esterne o equipaggi di ambulanze sarà la Direzione Medica e Rischio Infettivo ad inoltrare comunicazione del caso accertato per l'individuazione nominativa dei soggetti esposti
3	Gli operatori coinvolti dovranno rimuovere tutte le divise contenute all'interno dell'armadietto inserendole in un sacco idrosolubile+sacco rosso per l'invio al servizio di lavanolo, per i successivi 15 giorni (e comunque fino alla risoluzione del cluster). L'armadietto dovrà poi essere sanificato accuratamente dall'operatore con una soluzione di cloro con 5000 ppm (utilizzare copricapo, camice monouso e guanti durante le operazioni di disinfezione)
4	Utilizzare, se possibile, personale dedicato ai pazienti infetti fino alla risoluzione dello stesso.
5	Limitare la mobilità del personale tra reparti/servizi fino al termine dell'epidemia.

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 11 di 13
---	---	--

16. GESTIONE DI UN OPERATORE SOSPETTO/AFFETTO DA SCABBIA

In presenza di operatore che manifesta segni o sintomi riconducibili ad un caso probabile od accertato di scabbia procedere come di seguito descritto e secondo quanto riassunto nella Flow-chart (allegato 8).

Operatore sospetto:

1	Allontanamento dall'attività lavorativa
2	Eseguire valutazione dermatologica (indicazione di caso sospetto)
3	Se caso non confermato ma persistenza del sospetto mantenimento dell'allontanamento dall'attività lavorativa e rivalutazione dopo 48 ore

Operatore affetto da Scabbia:

1	Allontanamento dall'attività lavorativa
2	Eseguire valutazione dermatologica (indicazione di caso accertato)
3	inviare al lavaggio tutte le divise raccogliendole nell'apposito sacco rosso biodegradabile e sanificare l'armadio con una soluzione a base di cloro 5000 ppm
4	iniziare più presto possibile il trattamento indicato del Dermatologo
6	compilare l'elenco di tutti i contatti operatori/pazienti
7	Inviare notifica al SISP

17. PROFILASSI DEI CONTATTI

E' fortemente raccomandato effettuare la profilassi (Permetrina al 5%) nei conviventi e contatti stretti e soprattutto in caso di cluster.

La crema di permetrina al 5% è attualmente considerata farmaco di prima scelta.

Per adulti e bambini, la crema deve essere massaggiata sulla pelle da sotto il mento alle piante dei piedi.

La scabbia raramente infesta il cuoio capelluto degli adulti, anche se l'attaccatura dei capelli, il collo, la tempia e la fronte possono essere infestati nei neonati e pazienti / residenti geriatrici. I neonati devono essere trattati sul cuoio capelluto e sulla fronte.

Si consiglia, per pazienti ed operatori, un taglio delle unghie prima del trattamento.

Il paziente/ personale sanitario deve essere istruito a rimuovere il farmaco facendo un bagno completo da 8 a 14 ore dopo l'applicazione. Il contatto con gli occhi e la bocca dovrebbe essere evitato. Se si verifica il contatto con gli occhi è necessario sciacquarli immediatamente con acqua.

Il prurito dell'infestazione da scabbia può continuare dopo il trattamento e l'applicazione ripetuta dello scabicida deve essere evitata a meno che l'applicazione aggiuntiva non faccia parte del regime di trattamento iniziale.

Possono essere necessarie due o più applicazioni, ognuna a circa una settimana di distanza l'una dall'altra, per eliminare tutti gli acari, specialmente quando si tratta la scabbia atipica.

Gli acari viventi rinvenuti dopo 14 giorni indicano che è necessario ripetere il trattamento.

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: <i>febbraio 2022</i> Revisione n° 00 Pagina 12 di 13
---	---	--

18. NOTIFICA OBBLIGATORIA E SORVEGLIANZA DEI CASI DI SCABBIA

La scabbia è una malattia infettiva che rientra nella classe di notifica IV ed è soggetta a segnalazione obbligatoria che deve pervenire al SISP per i successivi adempimenti entro i tempi sotto indicati:

- 48 ore dal sospetto diagnostico se caso sporadico
- 12 ore dal sospetto diagnostico se focolaio epidemico

Il clinico del reparto o dell'ambulatorio che ha in carico un paziente con **sospetta/accertata scabbia** deve pertanto sempre provvedere ad inoltrare l'apposito modulo di segnalazione (allegato 3) al SISP (simial@aslal.it) e per conoscenza al Rischio Infettivo (rischioinfettivo@aslal.it) e alla Direzione Medica di Presidio o Distrettuale.

19. RIFERIMENTI e ALLEGATI

19.1 Riferimenti

1. Decreto Ministero Sanità 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse"
2. Hench C, Paulson SS, Stevens DA, Thompson JD. Scabies outbreak on a spinal cord injury unit. *Rehabil Nurs.* 1994 Jan-Feb; 19(1): 21-3.
3. Danchaivijitr S, Suthipinittharm P, Srihapol N. An outbreak of Norwegian scabies in a surgical ward. *J Med Assoc Thai.* 1995 Jul; 78 Suppl 2:S99-101.
4. Ministero della Sanità: circolare n. 4 del 13 marzo 1998 "Misure di profilassi per le esigenze in sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti dei soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi".
5. Guidelines for Infection Control in Health Care Personnel, 1998.
6. Head lice and scabies: effective interventions (COMMUNITY-PRACT) 1999 Aug; 72(8): 264-5.
7. Regione Piemonte: Raccomandazione del 15 agosto 1999 per l'applicazione della circolare n. 4
8. Scratching the itch: management of scabies in A&EACCID-EMERG-NURS; 2000 Oct; 8(4): 230-2.
9. AU: Jenkins-M.- NTplus. Scabies NURS-TIMES 2001 May 31-Jun 6; 97(22): 57-9
10. Scabies and lice: review of the clinical features and management principles DERMATOL NURS) 2001 Aug; 13(4): 257-62, 265-6
11. Obasanjo OO, Wu P, Conlon M, Karanfil LV, Pryor P, Moler G, Anhalt G, Chaisson RE, Perl TM. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001 Jan; 22(1): 13-8.
12. Association for Genitourinary Medicine – Medical Specialty Society Medical Society for the Study of Venereal Diseases - Disease Specific Society. 1999 Aug (revised 2002). Various pagins. NGC:002273
13. Larrosa A, Cortes-Blanco M, Martinez S, Clerencia C, Urdaniz LJ, Urban J, Garcia J. Nosocomial outbreak of scabies in a hospital in Spain. *Euro Surveill.* 2003 Oct; 8(10):199-203.
14. Walker GJA, Johnstone PW. Interventions for treating scabies (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004

	Procedura Generale Aziendale PG DSRI ASL AL 013 Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero	Data di emissione: febbraio 2022 Revisione n° 00 Pagina 13 di 13
---	---	---

15. Douglas M. Anderson; Elliot Michelle A., Mosby's medical, nursing, & Allied Health Dictionary, sesta edizione, New York, Piccin, 2004. ISBN 88-299-1716-8.
16. Giorgio Bartolozzi; Guglielmi Maurizio, Pediatria principi e pratica clinica, Torino, Elsevier-Masson, 2008. ISBN 978-88-214-3033-6.
17. Mauro Moroni; Esposito Roberto; De Lalla Fausto, Malattie infettive, 7ª edizione, Milano, Elsevier Masson, 2008. ISBN 978-88-214-2980-4.
18. Stefania Bertoldo, Emanuela Bissolo: CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE DELLA SCABBIA ULSS21 Legnago, Rev. 03 del 1 settembre 2010
19. European guideline for the management of scabies – 2017
20. SETTINGS SCABIES PREVENTION AND CONTROL GUIDELINES FOR HEALTHCARE - July 2019
www.publichealth.lacounty.gov/acd/Diseases/Scabies.htm
21. <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.htm>
22. [Scabbia \(salute.gov.it\)](http://salute.gov.it)

19.2 Documenti di riferimento

- Procedura aziendale PO DSRI ASL AL 002 *“Igiene delle mani nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriale”*

19.3 Allegati

- Allegato 1 – Indicazioni per la gestione degli effetti personali del paziente affetto da scabbia
- Allegato 2 – Modulo segnalazione esposti a caso accertato di scabbia
- Allegato 3 - Scheda di segnalazione di caso di Malattia Infettiva
- Allegato 4 – Elenco pazienti ricoverati esposti a caso di scabbia
- Allegato 5 – Elenco pazienti dimessi esposti a caso di scabbia
- Allegato 6 – Nota informativa *“Sorveglianza e controllo malattie infettive nelle comunità”*
- Allegato 7 – Flow-chart *“Gestione di un caso sospetto od accertato di scabbia fra i pazienti”*
- Allegato 8 - Flow-chart *“Gestione di un caso sospetto od accertato di scabbia fra gli operatori”*