

PROCEDURA GENERALE SANITARIA

Cod. PGS-DIOT-05-22-Rev.01

Procedura

Gestione del rischio infettivo tra gli operatori - Scabbia

Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni			
	Redazione	Verifica	Approvazione	
0.0	<p>Datore di Lavoro Delegato Dr. G. ANNESE [REDACTED]</p> <p>Dir. Medico Malattie Infettive Dr.ssa G. PIETROMATERA [REDACTED]</p> <p>Biologo Dra.ssa NUZZOLESE [REDACTED]</p> <p>Medicina del Lavoro Dr.ssa B. LICCHELLI [REDACTED]</p> <p>Medico Legale Dott. M. BENEVENTO [REDACTED]</p> <p>IdF Dipartimento Chirurgico Dott.ssa D. TUCCI [REDACTED]</p> <p>IdF Dipartimento Medico Dott.ssa S. GUANCIALINO [REDACTED]</p> <p>IdF Dipartimento Emergenza Accettazione Dott.ssa A. GATTI [REDACTED]</p> <p>IdF Sistemi Salute e Sicurezza sul Lavoro Dott.ssa A.M.D. SARUBBI [REDACTED]</p> <p>IdF. Servizi Ospedale Matera Dott.ssa A. ARESTA [REDACTED]</p>	<p>Data 11/02/2025</p> <p>Data 18/02/2025</p>	<p>Direttore di Dipartimento Integrazione Ospedale-Territorio Dr. G. ANNESE [REDACTED]</p> <p>Dir. S.G.Q. Dott.ssa A. BRAIA [REDACTED]</p> <p>Resp. Sistema documentale qualità Dott.ssa C. GENTILE [REDACTED]</p> <p>Direttore S.I.C. E Medicina Legale Dr. A. DI FAZIO [REDACTED]</p>	<p>Data 07/03/2025</p> <p>Direttore Sanitario Aziendale F.F. Dott.ssa L. D'AMBROSIO [REDACTED]</p>

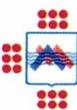
Ratifica	DATA 07/03/2025	Direttore Generale: Avv. M. Frilo [REDACTED]
----------	-----------------	--

Distribuzione:

<input type="checkbox"/>	copia originale
<input checked="" type="checkbox"/>	copia in distribuzione controllata

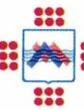
Note:

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della Procedura è dei destinatari di questa documentazione. Le copie aggiornate sono presenti nella rete intranet aziendale

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 2/25

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO/OBIETTIVO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	3
5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA	4
6. PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE	6
6.1 MODALITÀ DI TRASMISSIONE.....	6
6.2 TIPOLOGIE	6
6.3 TRATTAMENTO	6
7. PREVENZIONE DELL'ESPOSIZIONE E DELLA TRASMISSIONE.....	7
7.1 PRECAUZIONI STANDARD	7
7.1.1 IGIENE DELLE MANI.....	7
7.1.2 USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE.....	7
7.2 PRECAUZIONI AGGIUNTIVE IN AMBIENTE OSPEDALIERO	7
7.2.1 MISURE DI ISOLAMENTO DA CONTATTO	7
7.2.2 GESTIONE DELLE ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE.....	8
7.2.3 NOTIFICA SERVIZIO DI IGIENE	8
7.2.4 GESTIONE CASO SOSPESSO	8
7.2.5 TRACCIAMENTO OSPEDALIERO DEI CONTATTI	8
7.2.6 SCREENING DEI CONTATTI AD ALTO RISCHIO.....	8
7.2.7 GESTIONE DELLA BIANCHERIA	8
7.3 SANIFICAZIONE DELL'AMBIENTE	9
7.3.1 DISINFEZIONE CONTINUA.....	9
7.3.2 DISINFEZIONE TERMINALE.....	9
7.4 PREVENZIONE DEL CONTAGIO IN SETTING PARTICOLARI	10
7.4.1 DECESSO SALMA INFETTA.....	10
7.4.2 ACCESSO CASO SOSPESSO IN PRONTO SOCCORSO.....	10
8. GESTIONE DEI CASI DI SCABBIA DEL PERSONALE	10
8.1 APPLICAZIONE PRECAUZIONI STANDARD E AGGIUNTIVE	10
8.2 DIAGNOSI DI SCABBIA E SEGNALAZIONE MALATTIA INFETTIVA	11
8.3 ALLONTANAMENTO DIPENDENTE	11
8.4 INFORTUNIO SUL LAVORO.....	11
9. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	12
10. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	13

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 3/25

1. PREMESSA

La scabbia è una malattia dermatologica infettiva e contagiosa, provocata dall'acaro *Sarcoptes scabiei*, varietà *hominis*, che tende a presentarsi più frequentemente durante la stagione invernale.

Gli acari penetrano nell'epidermide, senza oltrepassare lo strato corneo, ove compiono l'intero ciclo vitale. Le femmine adulte degli acari, dopo l'accoppiamento, creano nell'epidermide delle caratteristiche lesioni patognomoniche, i cunicoli, lievemente rilevati ed a decorso tortuoso, all'interno dei quali emettono le feci e depongono le uova (2-3 al giorno). Dalle uova, in circa 3-4 giorni, fuoriescono le larve che in 1-2 settimane diventano acari adulti. Nelle condizioni più favorevoli, circa il 10% delle uova dà origine ad acari adulti. La vita di un acaro adulto è di 28-42 giorni.

La diffusione della parassitosi può essere favorita da uno scarso livello igienico, dalla promiscuità, dai viaggi internazionali e dalla permanenza presso strutture socioassistenziali

2. SCOPO/OBIETTIVO

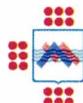
Scopo della presente procedura è definire misure condivise per limitare la diffusione della scabbia tra gli operatori e garantire la migliore assistenza agli operatori eventualmente contagiati.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i contesti assistenziali dell'ASM di Matera.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- DPR 30 giugno 1965, n. 1124 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali";
- Decreto del Presidente della Repubblica 285/1990 – Regolamento di polizia mortuaria;
- Guideline for Isolation Precautions in Hospital. Center for Disease Control, Atlanta, U.S.A. 1996;
- Circolare Ministero della Sanità n. 4 del 13 marzo 1998 - protocollo 400.3/26/1189: "MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITÀ PUBBLICA Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e contatti";
- ASM Matera PGS-DIOT-05-08 Procedura Igiene delle Mani 2019
- Micali G, Lacarrubba F, Lo Guzzo G. Scraping versus videodermatoscopy for the diagnosis of scabies: a comparative study. Acta Derm Venereol. 1999 Sep;79(5):396.
- Circolare Assessorato della Sanità, Regione Sicilia, n. 1047 del 27 marzo 2001: "Lotta alle infezioni ospedaliere; elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- Lacarrubba F, Musumeci ML, Caltabiano R, Impallomeni R, West DP, Micali G. High-magnification videodermatoscopy: a new noninvasive diagnostic tool for scabies in children. Pediatr Dermatol. 2001 Sep-Oct;18(5):439-41.
- Finzi G et al. – "Governo e gestione dell'Igiene" – Manuale pratico. Il pensiero Scientifico editore, 2006;
- Micali G, Tedeschi A, West DP, Dinotta F, Lacarrubba F. The use of videodermatoscopy to monitor treatment of scabies and pediculosis. J Dermatolog Treat. 2011 Jun;22(3):133-7.
- Circolare del 21 marzo 2016 n. 10 "Decreto Legislativo del 14 settembre 2015, n. 151. Art 21, commi 1, lettere b), c), d), e), f), 2 e 3. Modifiche agli articoli 53,54, 56139, 238, 251 d.p.r. 1124/1965";
- C.M. Salavastru et al. European Guideline for the management of scabies. 2017 European Academy of dermatology and Dermatology and Venereology;
- Lacarrubba F, Ardigò M, Di Stefani A, Verzì AE, Micali G. Dermatoscopy and Reflectance Confocal Microscopy Correlations in Nonmelanocytic Disorders. Dermatol Clin. 2018 Oct;36(4):487-501.
- Engelman D, et et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. Br J Dermatol. 2020 Nov;183(5):808-820.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 4/25

- Gli Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali. 7° Edizione. 2020
- Decreto Ministero della Salute 7 marzo 2022 "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)";
- Ministero della salute. Portale Malattie infettive – Scabbia. Ultimo aggiornamento 20 ottobre 2023, www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive;
- UKHSA guidance on the management of scabies cases and outbreaks in long-term care facilities and other closed settings. 2023

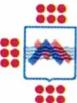
5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA

ABBREVIAZIONI	
ASM	Azienda Sanitaria Matera
CIO	Comitato Infezioni Ospedaliero
CIE	Carta di Identità Elettronica
DPI	Dispositivi di Prevenzione e Protezione
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
JCI	Joint Commission International
MMG	Medico Medicina Generale
OSS	Operatore Socio Sanitario
RSPP	Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione
P.O.	Presidio Ospedaliero
U.O.	Unità Operativa
S.I.S.P.	Servizio Igiene e Sanità Pubblica
CDC	Centers For Disease Control and Prevention
DMPO	Direzione Medica Predio Ospedaliera
P.S.	Pronto Soccorso

DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	
Caso	Individuo che presenta una malattia o una condizione oggetto di indagine epidemiologica
Caso accertato di scabbia	Riscontro di cunicolo abitato o acari, uova e/o feci al microscopio o mediante esame dermatoscopico e/o videodermatoscopico
Caso probabile di scabbia	Presenza di sintomi clinici compatibili, accompagnati o meno da esposizione documentata al contagio
Caso indice	Paziente individuato come il primo caso all'interno della struttura ospedaliera nel contesto di un cluster epidemico.
Cluster	Gruppo di casi più o meno limitati di una stessa patologia, verificatisi in una data zona e periodo
Cohorting	Isolamento nella stessa stanza di degenza di pazienti affetti dalla stessa parassitosi
Contaminazione	Presenza di un agente infettante a livello cutaneo o ambientale (es. camici, letti), in assenza di attività moltiplicativa e reazione immunitaria.
Contatti	Pazienti/visitatori/personale di assistenza che abbiano avuto contatti cutanei diretti frequenti e/o prolungati con il caso accertato di scabbia o indiretti tramite contatto con i fomiti contaminati (lenzuola o biancheria). I contatti sono suddivisi, sia per l'esposizione comunitaria che per l'esposizione ospedaliera, in: - Contatti ad alto rischio: conviventi, partner sessuali e coloro che hanno frequenti e prolungati (15 - 20 minuti) contatti cutanei con il caso accertato di scabbia in assenza di DPI adeguati alle precauzioni da contatto.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 5/25

	<ul style="list-style-type: none"> - Contatti a basso rischio: coloro che hanno contatti indiretti con la biancheria e/o gli effetti letterecci del caso accertato di scabbia.
Denuncia/ comunicazione di infortunio	Segnalazione obbligatoria, da parte del delegato del datore di lavoro, dell'infortunio occorso al proprio personale durante l'attività lavorativa, all'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL).
Detergente	Sostanza che diminuisce la tensione superficiale tra la superficie da pulire e lo sporco, favorendone l'asportazione.
Detersione	Rimozione dello sporco, mediante azione meccanica di strofinamento ed utilizzo di detergente e acqua, determinante una riduzione del numero di microrganismi presenti su superfici inanimate
Disinfestazione	Operazione consistente nella distruzione di insetti, spec. parassiti, o di altri animali nocivi, con mezzi chimici (insetticidi) o fisici (calore secco).
Disinfezione	Eliminazione della maggior parte dei microrganismi patogeni presenti, fino a ridurli a livelli di sicurezza.
Pulizia	Rimozione meccanica dello sporco o di materiale da superfici, oggetti, ambienti confinati ed aree di pertinenza tramite l'impiego di acqua e/o detergenti.
Sanificazione	Metodica che si avvale di detergenti e disinfettanti al fine di ridurre il numero di contaminanti microbici a livelli tollerati da soggetti sani.
Isolamento	Misura a scopo igienico sanitario preventivo atta ad escludere rapporti con casi non affetti da scabbia, onde evitarne la diffusione. L'isolamento può essere: <ul style="list-style-type: none"> - Fisico: stanza di degenza singola ad uso esclusivo; - Funzionale: distanziamento ≥ 1 metro all'interno di stanze di degenza occupate da casi non affetti da scabbia, nonché l'adozione delle misure preventive standard e aggiuntive da contatto; - Cohorting: isolamento all'interno della stessa stanza di degenza di pazienti affetti dalla stessa parassitosi.
Parassita	Organismo che vive sulla cute o all'interno di un organismo ospite traendo da esso i mezzi per la propria sussistenza alterando la biologia dell'ospite.
Parassitosi	Insieme di malattie infettive causate da parassiti.
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.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 6/25

6. PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE

6.1 MODALITÀ DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene principalmente per contatto diretto e prolungato interumano, cute - cute (per almeno 15 – 20 minuti); occasionalmente, il contagio può avvenire attraverso fomiti (ad es. biancheria da letto o indumenti).

Gli acari di *S. scabiei* var. *hominis* sono parassiti umani obbligati: sopravvivono lontano dall'ospite per 24-36 ore in condizioni ambientali con temperature di 21° C ed umidità relativa del 40%-80%.

Il prurito è il sintomo principale della scabbia, la cui intensità aumenta tipicamente di notte. Sulla cute compaiono lesioni di vario tipo, lesioni pruriginose di pochi millimetri, corrispondenti ai "cunicoli" scavati dall'acaro o papule (piccole chiazze rosse in rilievo). La sintomatologia compare dopo un periodo variabile da 2 a 8 settimane dal contatto con l'acaro, ma può essere più breve, da alcuni giorni a 2 settimane.

Sono presenti in genere lesioni da grattamento, con eventuali infezioni cutanee conseguenti.

Le sedi preferenziali delle manifestazioni cutanee sono gli spazi interdigitali delle mani e dei piedi, i polsi, i gomiti, i cavi ascellari, le regioni mammarie, l'addome, i genitali maschili e femminili, i glutei, le scapole.

6.2 TIPOLOGIE

- La scabbia nodulare è principalmente dovuta ad una iperreattività dell'organismo e si presenta con lesioni nodulari intensamente pruriginose, localizzate prevalentemente ai genitali, alle ascelle, ai glutei e piedi. Tali lesioni possono persistere anche dopo la risoluzione del quadro infettivo.
- La scabbia incognita, invece, si presenta con modesto prurito e con le caratteristiche di un eczema diffuso soprattutto in pazienti sottoposti a terapia corticosteroidea topica.
- La scabbia crostosa (norvegese) è spesso dovuta a un'alterata risposta immunitaria dell'ospite, che determina la proliferazione e la moltiplicazione degli acari, e un conseguente elevato numero di cunicoli; placche eritemato-desquamative spesso coinvolgono le regioni palmoplantari, il cuoio capelluto e possono essere diffuse.

La diagnosi si basa su "criteri suggestivi" come prurito (più intenso di notte), presenza di lesioni in sede tipica, promiscuità o soggiorno in strutture di lungodegenza e sul "criterio di certezza" cioè il reperimento dell'acaro e/o di uova e feci nella cute tramite metodiche diagnostiche non invasive, quali la dermatoscopia (ingrandimento X10) e la videodermatoscopia (ingrandimenti >X30).

6.3 TRATTAMENTO

La terapia prevede la somministrazione, nel caso accertato o probabile e, come profilassi, ai contatti ad alto rischio, di farmaci (permethrina) e/o, come seconda opzione, preparazioni galeniche (benzoato di benzile) per via topica e/o la somministrazione per via orale di ivermectina.

Si raccomanda, inoltre, la sostituzione di tutta la biancheria personale e degli effetti letterecci il giorno dell'applicazione del primo trattamento. La biancheria, gli abiti e gli effetti letterecci utilizzati dal paziente devono essere sottoposti a lavaggio a temperature superiori ai 60°. Gli indumenti che non resistono alle alte temperature devono essere sigillati in sacchetti di plastica per 7 giorni.

Per i soggetti ospedalizzati, è prescritto l'isolamento da contatto fino a 24 ore dall'inizio del trattamento.

La persistenza del prurito dopo la scomparsa dei segni clinico-dermoscopici suggestivi di infestazione attiva può essere dovuta a fenomeni irritativi; in una piccola percentuale di casi non va esclusa una recidiva della malattia. Lo stato clinico deve essere comunque sempre valutato dal dirigente medico e dal consulente dermatologo per i provvedimenti del caso.

La disinfezione degli ambienti dove ha soggiornato un caso di scabbia non è raccomandata; va invece effettuata la "Disinfezione terminale".

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 7/25

7. PREVENZIONE DELL'ESPOSIZIONE E DELLA TRASMISSIONE

In presenza di un caso sospetto o accertato di scabbia, è necessario attivare misure di isolamento/barriera/profilassi e porre in essere una sequenza di comportamenti assistenziali finalizzati al controllo della diffusione dell'infezione. In particolare, tutto il personale sanitario e ogni altro soggetto coinvolto a vario titolo nell'assistenza di un caso sospetto/accertato - specializzandi, medici volontari, studenti, volontari di associazioni, visitatori autorizzati, personale operante in out service (ristorazione, trasporti, pulizie) -devono adottare, in aggiunta *alle precauzioni standard, le precauzioni aggiuntive per infezioni trasmissibili per contatto.*

7.1 PRECAUZIONI STANDARD

7.1.1 IGIENE DELLE MANI

Gli operatori sanitari ed ogni altro soggetto coinvolto nell'assistenza, che entrano in contatto con il paziente infestato e/o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente) devono eseguire la buona pratica dell'Igiene delle mani, secondo le indicazioni contenute nella Procedura PGS-DIOT-05-08 "Igiene delle Mani 2019 ASM Matera, presso tutte le UU.OO. sono disponibili i poster illustrativi riguardanti i "5 momenti fondamentali per il lavaggio delle mani" e la "corretta modalità di frizione delle mani con soluzione idroalcolica".

7.1.2 USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

I dispositivi di protezione individuale, resi disponibili dal Coordinatore nella zona antistante l'ingresso della stanza di degenza, devono essere indossati sia per l'assistenza al paziente che per le operazioni di pulizia e la manipolazione degli effetti letterecci. I guanti monouso non sterili, il camice monouso, i copricapo e le soprascarpe utilizzati devono essere rimossi prima di lasciare la camera e smaltiti nell'apposito contenitore dei rifiuti speciali.

7.2 PRECAUZIONI AGGIUNTIVE IN AMBIENTE OSPEDALIERO

7.2.1 MISURE DI ISOLAMENTO DA CONTATTO

Il paziente con scabbia sospetta deve essere posto, se possibile, in camera singola, fino alla conferma della diagnosi. Il paziente con scabbia confermata deve essere posto, se possibile, in camera singola, allo scopo di facilitare *l'isolamento da contatto*.

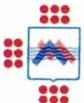
In alternativa alla camera singola, si può procedere all'isolamento per *cohorting*, qualora fossero presenti più pazienti affetti da scabbia, nella stessa fase di trattamento. È auspicabile evitare di collocare nella stessa stanza pazienti fragili a rischio di eventi avversi (immunocompromessi, ferite aperte, previsione di degenza prolungata).

L'isolamento da contatto deve essere mantenuto per almeno 24 ore dall'inizio del trattamento terapeutico e fino a diverse indicazioni dello specialista dermatologo.

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.

Gli indumenti personali del paziente devono essere posti, dal personale di supporto, in sacchetti di plastica da consegnare allo stesso o alla famiglia del degente, indicando loro il lavaggio a temperature superiori ai 60 °C e raccomandando di conservare gli indumenti che non possono essere sottoposti a lavaggi ad alte temperature all'interno di sacchetti di plastica identificabili (sacco rosso) per almeno 7 giorni.

Il paziente ed eventuali visitatori autorizzati (ad es. familiari) devono essere informati dall'IdF Coordinatore o suo delegato sui comportamenti da adottare per evitare la diffusione del contagio. In particolare, deve

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 8/25

essere vietato il contatto diretto con il paziente, con gli effetti letterecci, con la biancheria personale e ogni altro possibile veicolo di contagio.

7.2.2 GESTIONE DELLE ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA DEL PAZIENTE

Si raccomanda di personalizzare gli strumenti utilizzati per l'assistenza al paziente (sfigmomanometro, fonendoscopio, etc.) e sanificareli 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 individuale ed aver eseguito l'igiene delle mani.

7.2.3 NOTIFICA SERVIZIO DI IGIENE

La scabbia è una patologia soggetta a segnalazione obbligatoria, la cui notifica va inoltrata alla Direzione Medica del Presidio competente entro 24 ore.

Il Medico dell'ambulatorio/UO/il Dermatologo effettua la notifica di scabbia sospetta o accertata, compilando il modulo "Scheda di segnalazione di caso di malattia infettiva" All. n. 2 e la trasmette al SISP, anche per tramite della DMPO, secondo le modalità proprie del contesto assistenziale.

7.2.4 GESTIONE CASO SOSPETTO

Il trattamento della scabbia può essere eseguito a domicilio e il follow-up dell'operatore contagiato può continuare in contesto ambulatoriale. È possibile fornire all'operatore contagiato (o sospetto) le informazioni adeguate circa la scabbia e le norme igieniche e di prevenzione consigliate (vedi Opuscolo informativo All. 3).

7.2.5 TRACCIAMENTO OSPEDALIERO DEI CONTATTI

In caso di contagio di un operatore è necessario il tracciamento dei contatti ad alto rischio, eventualmente con il supporto del Dermatologo o dell'Infettivologo intervenuti. Il medico responsabile della U.O. interessata dal caso compila l>All. n. 6 "Scheda indagine epidemiologica di scabbia in ambito Ospedaliero". Una volta compilata, la scheda di indagine epidemiologica va consegnata alla DMPO.

7.2.6 SCREENING DEI CONTATTI AD ALTO RISCHIO

La DMPO, ricevuto il modulo relativo al tracciamento dei contatti ad alto rischio, deve:

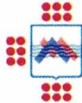
- avviare la profilassi dei contatti ad alto rischio, se individuati, anche avvalendosi del personale della U.O. che ha in carico il contatto sospetto, secondo quanto previsto al punto 8.4;
- completare la compilazione del modulo "Scheda indagine epidemiologica di scabbia in ambito Ospedaliero" All. n. 6, relativamente agli item riguardanti gli esiti dello screening dei contatti ad alto rischio, la data dello screening e le misure di prevenzione indicate;
- inviare eventuali comunicazioni al SISP.

I pazienti sospetti, entrati in contatto con gli operatori contagiati, dovranno essere isolati tramite isolamento fisico o funzionale o per cohorting e tutto il personale afferente all'U.O. che ha in carico il paziente affetto da scabbia dovrà adottare le precauzioni standard e aggiuntive da contatto.

7.2.7 GESTIONE DELLA BIANCHERIA

Al fine di limitare il rischio di diffusione della parassitosi, si raccomanda la sostituzione della biancheria infetta e il rifacimento completo del letto dopo ogni trattamento.

La suddetta biancheria, posta in sacchi idrosolubili, di colore rosso, forniti dal Servizio Lavanolo e devono riportare la dicitura Scabbia. La biancheria deve essere sottoposta a lavaggi ad alte temperature (> 60°C).

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 9/25

Gli effetti letterecci che non sono in grado di resistere ai processi di lavaggio a caldo (coperte, cuscini, capi in lana, materasso) devono essere posti in sacchi di colore rosso, separati dalla restante biancheria e consegnati alla ditta di lavanderia, con la raccomandazione di lasciarli chiusi per 7 giorni.

Dopo le prime 24 ore di trattamento è raccomandata anche la sostituzione del materasso e dei cuscini, operazione obbligatoria alla dimissione del paziente.

Il personale addetto al cambio della biancheria deve indossare i DPI.

7.3 SANIFICAZIONE DELL'AMBIENTE

Tutte le superfici ambientali (armadi, sedie, sanitari, letto, ecc.) devono essere sanificate con frequenza giornaliera. Particolare attenzione va riservata anche ai letti, le sedie e le poltrone utilizzate dal personale. L'IdF Coordinatore infermieristico o suo delegato dispone e vigila sulla corretta esecuzione delle operazioni di sanificazione fornendo al personale addetto le opportune istruzioni.

7.3.1 DISINFEZIONE CONTINUA

L'IdF coordinatore, o suo delegato, informa il personale della Ditta di Pulizie/operatori interni della presenza in reparto di un caso di scabbia, suggerisce di sanificare, se possibile, la stanza di degenza per ultima

- Il personale della Ditta di Pulizie deve indossare idonei DPI (copricapo, camice monouso, guanti non sterili monouso)
- detergere e disinfeccare la stanza di degenza del malato, utilizzando disinfettanti a base di cloro 5000 ppm, ponendo attenzione agli arredi e suppellettili
- detergere e disinfeccare i servizi igienici
- lavare il pavimento con comune detergente/disinfettante (es. prodotti a base di cloro, alcol)
- eliminare tutti i DPI nei contenitori dei rifiuti speciali al termine delle operazioni di pulizia

Tutto il materiale utilizzato per la pulizia deve essere monouso ed eliminato nei contenitori dei rifiuti speciali nella camera, se riutilizzabile, deve essere inserito negli appositi sacchi idrosolubili e accuratamente lavato a temperature > 60 °C dopo l'uso.

L'IdF coordinatore, o suo delegato, vigila sul corretto svolgimento delle attività di sanificazione effettuate dal personale della Ditta di Pulizie.

7.3.2 DISINFEZIONE TERMINALE

Alla dimissione del paziente contagiato, gli Operatori Socio Sanitari rimuovono tutti gli effetti letterecci, coperte, cuscini, materassi, li inseriscono in sacchi idrosolubili rossi separati dalla restante biancheria e li inviano in lavanderia per la loro corretta gestione.

L'IdF coordinatore, o suo delegato, informa il personale della Ditta di Pulizie della pregressa presenza di un paziente con scabbia in reparto e dispone la detersione e disinfezione accurata della stanza di degenza. Inoltre, suggerisce di:

- Il personale della Ditta di Pulizie deve indossare idonei DPI (copricapo, camice monouso, guanti non sterili monouso)
- detergere e disinfeccare la stanza di degenza del malato, utilizzando disinfettanti a base di cloro 5000 ppm, ponendo attenzione agli arredi e suppellettili
- detergere e disinfeccare i servizi igienici
- lavare il pavimento con comune detergente/disinfettante (es. prodotti a base di cloro, alcol)
- eliminare tutti i DPI nei contenitori dei rifiuti speciali al termine delle operazioni di pulizia

Al termine delle procedure di sanificazione gli OSS dovranno l'unità letto di un materasso sanificato.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 10/25

L'IdF coordinatore o suo delegato, vigila sulla corretta modalità di sanificazione effettuata dal personale della Ditta di Pulizie.

7.4 PREVENZIONE DEL CONTAGIO IN SETTING PARTICOLARI

7.4.1 DECESSO SALMA INFETTA

Nel caso di morte in paziente affetto da scabbia accertata o sospetta:

- l'U.O. che ha in carico la salma informa il Necroforo circa lo stato infettivo sospetto o accertato del paziente;
- il Necroforo adotterà le precauzioni standard e aggiuntive da contatto nella manipolazione della salma, per come descritte nel paragrafo 7.1. Se nel trasporto/composizione della salma sono adoperate lenzuola in tessuto, queste andrebbero sanificate secondo quanto previsto al punto 8.7.

7.4.2 ACCESSO CASO SOSPETTO IN PRONTO SOCCORSO

In caso di accesso di paziente con segni/sintomi suggestivi (lesioni da grattamento e prurito nelle zone tipiche, anamnesi suggestiva) l'infermiere triagista deve:

- Nel corso del triage deve chiedere al paziente informazioni circa eventuali allergie (da annotare nella scheda di pronto soccorso) e, quindi, fornirgli guanti monouso adeguati all'eventuale dianesi allergica
- Accompagnare il paziente, ove disponibile, in una stanza dedicata a casi di sospetta malattia infettiva diffusiva (nel P.O. di Matera nella stanza 4 del PS)
- Informare il medico ed il coordinatore infermieristico del sospetto di scabbia

I medico in servizio, preso atto del sospetto, adotta le precauzioni di cui al punto 7.1, quindi:

- Se il paziente è dimisibile, lo informa del sospetto di scabbia e lo rimanda ai servizi ambulatoriali di dermatologia previa educazione circa le caratteristiche dell'infestazione e le norme igieniche necessarie anche in ambiente comunitario. Allo scopo consegna l'opuscolo informativo di cui all'All. 3
- Se è necessario ricoverare il paziente chiede consulenza dermatologica/infettivologica per confermare il sospetto ed impostare la terapia.
- Ultimata la visita del caso sospetto, è necessario avviare la sanificazione dell'ambulatorio secondo quanto previsto al punto 7.3.

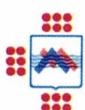
8. GESTIONE DEI CASI DI SCABBIA DEL PERSONALE

Nel corso dell'assistenza prestata a pazienti affetti da scabbia, sussiste la possibilità che il personale sanitario e il personale afferente a Ditte esterne, possa contrarre l'infezione. Ciò può dipendere da una mancata e/o non corretta adozione delle precauzioni standard e aggiuntive da contatto così come da un ritardo diagnostico.

In ogni caso, ai sensi della Circolare n. 4 del Ministero della Salute del 13/03/1998 nonché di quanto stabilito da autorevole e condivisa letteratura scientifica, il dipendente può riprendere l'attività lavorativa dopo 24 ore dal primo ciclo di trattamento acaricida, posto che il parassita, dopo il primo trattamento, perde quasi completamente la capacità di infestare. Il rischio di trasmissione è ulteriormente abbattuto dall'utilizzo dei comuni DPI normalmente a disposizione dei dipendenti.

8.1 APPLICAZIONE PRECAUZIONI STANDARD E AGGIUNTIVE

Il personale con sintomatologia sospetta applica le precauzioni standard e aggiuntive da contatto nei confronti dei pazienti cui presta assistenza e dei colleghi, come descritto nei paragrafi al punto 7.1.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 11/25

Il dipendente che rientra a lavoro dopo 24 ore dal trattamento, oltre al normale utilizzo dei DPI durante l'attività assistenziale e all'adozione delle precauzioni igieniche di cui al punto 7.1, dovrebbe cercare di limitare i contatti stretti con i colleghi almeno fino alla fine del trattamento (normalmente, il ciclo contempla 2 o 3 applicazioni di preparati a base di permetrina a distanza di circa una settimana l'uno dall'altro). Inoltre, è consigliabile che i dipendenti informino i propri familiari/contatti stretti del sospetto di infestazione e adotti, per quanto possibile anche nella vita privata, le precauzioni igieniche già enumerate al punto 7.1 (evitare contatti stretti prolungati, igiene degli ambienti e del vestiario, ecc..)

8.2 DIAGNOSI DI SCABBIA E SEGNALAZIONE MALATTIA INFETTIVA

Il Dirigente Medico della U.O., presso cui lavora il dipendente sospetto, lo indirizza a consulenza dermatologica (ove non disponibile infettivologica) al fine di confermare il sospetto e impostare la terapia.

Lo specialista Dermatologo/Infettivologo:

- effettua la visita specialistica;
- indica le misure di profilassi;
- prenota la eventuale visita di controllo per i casi sottoposti a profilassi;
- redige il certificato medico con diagnosi di scabbia e prognosi, rilasciandone copia al personale dipendente, indicando l'allontanamento dal lavoro per 24 ore dall'inizio del primo ciclo di trattamento acaricida salvo complicazioni;
- compila e trasmette la segnalazione di caso di malattia infettiva, utilizzando il modulo *"Scheda di segnalazione di caso di malattia infettiva"* (All.2) alla DMPO, che trasmette la segnalazione al SISP.

Nel caso di scabbia correlata all'attività lavorativa si attiva la usuale procedura di segnalazione dell'infortunio-malattia in occasione di lavoro.

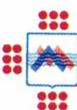
8.3 ALLONTANAMENTO DIPENDENTE

Il dipendente affetto da scabbia, deve essere allontanato dall'attività lavorativa per 24 ore dall'inizio del primo ciclo di trattamento acaricida, salvo complicazioni.

8.4 INFORTUNIO SUL LAVORO

Nei casi di diagnosi di scabbia correlata all'attività lavorativa, la compilazione e la trasmissione del certificato all'INAIL per infortunio sul lavoro, sulla base degli aggiornamenti normativi apportati dal Decreto Legislativo n. 151 del 2015, devono avvenire esclusivamente per via telematica.

La compilazione e la trasmissione di detto certificato sarà cura della U.O. di Medicina del Lavoro e, nei giorni/orari in cui il servizio non è disponibile (di notte, nel fine settimana, nei giorni festivi), del personale del Pronto Soccorso.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA				COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01			
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia				REV. 0.0		Pagina 12/25	

9. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

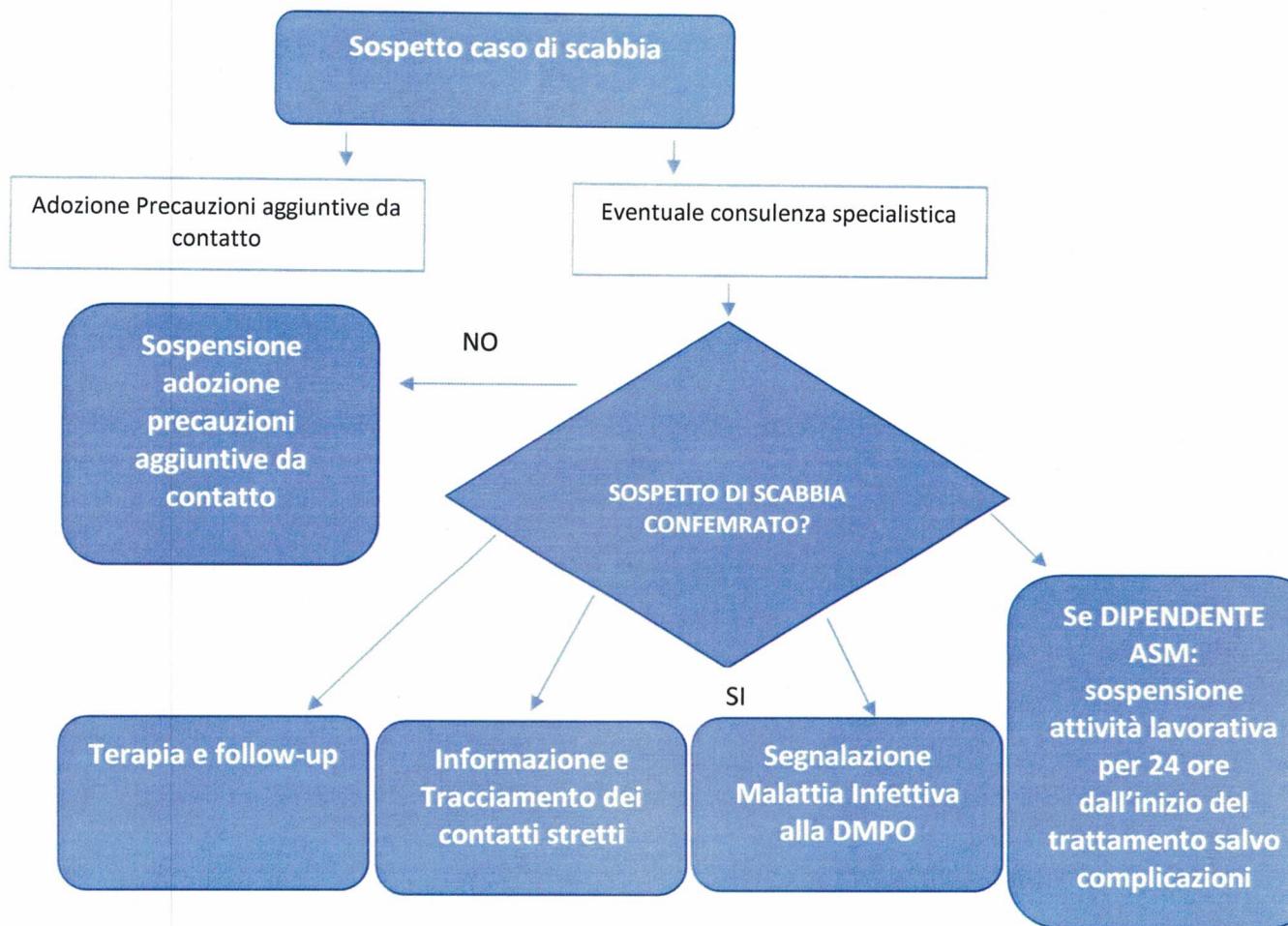
Sospetto caso di scabbia fra i dipendenti

FUNZIONE	MEDICO U.O.	Lavoratore	IdF Dip.	DMPO	Dermatologo/ Infettivologo	Medico Competente	RSPP	SISP	PS
ATTIVITÀ									
Adotta le precauzioni standard e aggiuntive da contatto	R	R	R						
Richiede consulenza dermatologica/infettivologica per il dipendente	R		C						
Esegue la visita, prescrive la terapia ed emette certificazione					R				
Dispone allontanamento del dipendente con scabbia per 24 ore da inizio trattamento					R				
Effettua segnalazione di malattia infettiva al DMPO	R				R				
Compila e trasmette certificato INAIL (In caso di Infortunio sul lavoro)						R			R
Trasmissione scheda di segnalazione di malattie infettive al SISP				R	R			C	
Traccia i contatti ad alto rischio	R	R	C	C					
Effettua eventuale visita di controllo	I	I	I		R				
Valutazione dei rischi							R		

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA Gestione del rischio infettivo – Scabbia	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
		REV. 0.0	Pagina 13/25

10. DIAGRAMMA DI FLUSSO

Gestione sospetto caso di scabbia in ambiente ospedaliero



 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 14/25

ALLEGATI

Allegato n.1 Scheda Anamnestica Scabbia

SCHEDA ANAMNESTICA SOSPETTO SCABBIA

NOME _____

COGNOME _____

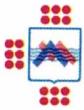
DATA DI NASCITA _____

U.O. DI APPARTENENZA _____

N. TELEFONO _____

EMAIL _____

ANAMNESI

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 15/25

Allergie SI [] NO []
 Atopia SI [] NO []
 Altre patologie dermatologiche SI [] NO []

ANAMNESI EPIDEMIOLOGICA/FAMILIARE

Familiari / contatti stretti avvertono sintomi SI [] NO []
 Presenza di animali in casa SI [] NO []

CHE SINTOMI AVVERTE?

Prurito SI [] NO []

Localizzazione

- [] MANO
 - [] AVAMBRACCIO
 - [] BRACCIO
 - [] TORACE
 - [] COLLO
 - [] VISO
 - [] CAPO
 - [] ARTI INFERIORI
-

CHE LESIONI SONO PRESENTI?

Eritema	SI []	NO []
Papule	SI []	NO []
Ponfi	SI []	NO []
Cunicoli	SI []	NO []
Cute squamosa	SI []	NO []

LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI SOSPETTE (scarificazione)

Mano	DX	SX	NO
Avambraccio	DX	SX	NO
Braccio	DX	SX	NO
Gluteo	DX	SX	NO
Coscia	DX	SX	NO
Gamba	DX	SX	NO
Torace	SI []		NO []
Dorso	SI []		NO []
Collo	SI []		NO []

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 16/25

Volto SI [] NO []

TRATTAMENTO EFFETTUATO

Tipo di terapia

- [] PERMETHRIN 5% CREMA
 - [] INVERMECTINA 1% LOZIONE
 - [] BENZIL BENZOATO 10-25% LOZIONE
 - [] SCARBICIDA TOPICO
 - [] NESSUN TRATTAMENTO
 - [] ALTRO

DATA INIZIO SINTOMI

DATA DIAGNOSI DI SOSPETTO

DATA SCARIFICAZIONE

DATA INIZIO TRATTAMENTO

Trattamento/Profilassi in corso SI [] NO []

Quale?

INDICAZIONI

Scarificazione SI [] NO []

Localizzazione

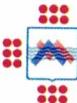
RISULTATO SCARIFICAZIONE

Localizzazione

Data referto

Risultato

Negativo

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 17/25

- Positivo**
 Dubbio

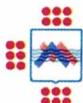
CONCLUSIONE

- Sospetto non confermato**
 Sospetto in trattamento
 Sospetto non trattato
 Caso confermato
-

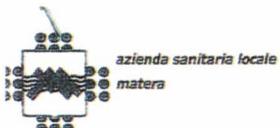
INDICAZIONI

DATA _____ / _____ / _____

FIRMA

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 18/25

Allegato n. 2 Scheda notifica Malattie Infettive

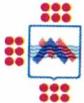


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA
ASIM
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO
OSPEDALE "MADONNA DELLE GRAZIE" - MATERA
Direttore Sanitario: Dr Gaetano Annesse
Segreteria Telefono: 0835 25 38 01 Fax 0835 25 33 20

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

(a cura del medico che diagnostica il caso - D.M. 15-12-1990)

Notifica di un caso <input type="checkbox"/> accertato <input type="checkbox"/> richiesto Cognome _____ Sesso M F Nome _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov.() Residenza _____ Via _____ Telefono _____ Domicilio abituale _____ Telefono _____ (da compilare solo se non coincide con la residenza) Casa privata <input type="checkbox"/> Collettività (Specificare) _____ Data di presumibile inizio di malattia _____ Luogo _____ Diagnosi basata su: Esame clinico <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo Esame diretto <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non effettuato Esame culturale <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non effettuato Esame sierologico <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non effettuato Altro (specificare) _____ Accertamenti in corso _____ Note _____ Data della notifica _____ Comune di _____ Prov() Recapito del Medico: Indirizzo _____ Tel _____ Reparto _____ (In caso di ricovero ospedaliero) IL MEDICO (Timbro e firma)
--

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 19/25

Allegato n. 3 Opuscolo Informativo Consigli utili per la Prevenzione della Scabbia

CHE COS'E'?

È una malattia contagiosa della cute, causata da un acaro, il Sarcoptes Scabiei, invisibile ad occhio nudo. La femmina di questo parassita penetra nella pelle, scavando una piccolissima galleria nella quale deposita le uova. Il periodo di incubazione varia da 2 a 6 settimane dal contatto, tempo in cui il parassita, penetrato nello spessore della cute, si moltiplica e determina la comparsa della sintomatologia.

COME SI TRASMETTE?

Il parassita si trasmette attraverso: - contatto diretto, cioè stretto e prolungato con la pelle della persona malata; - contatto indiretto, cioè utilizzando e scambiando indumenti, in particolare biancheria intima, lenzuola, asciugamani usati dal malato.

COME SI MANIFESTA?

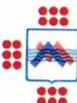
La malattia si manifesta con prurito intenso, soprattutto notturno, comparsa di eruzioni cutanee tipo papule, vescicole o piccole lesioni a decorso lineare. Tali manifestazioni si localizzano in particolar modo alle mani, negli spazi tra le dita, sulla faccia anteriore dei polsi e dei gomiti; nella zona ascellare, mammaria e ombelicale, intorno alla circonferenza addominale, sulle cosce, sulle natiche, sui genitali maschili e lungo il margine interno dei piedi. La malattia è contagiosa fino a quando gli acari e le loro uova non sono distrutti dal trattamento, se eseguito secondo le indicazioni dello specialista, generalmente dopo 1-2 cicli di terapia intervallati da una settimana. La guarigione è quasi certa dopo il primo ciclo, più sicura dopo il secondo. Il prurito può continuare anche dopo 1-2 settimane dall'avvenuta guarigione.

COME SI PREVIEDE?

La prevenzione si basa sulle comuni norme igieniche che tutti devono osservare: - corretta igiene della persona e del vestiario, uso strettamente personale di biancheria (lenzuola, asciugamani, maglieria intima) e vestiti; utilizzo strettamente personale nei luoghi di lavoro o nelle comunità, di camici o divise; - uso strettamente personale (nei luoghi pubblici quali piscine, palestre, luoghi per massaggi, UVA, ecc.) di accappatoi, materassini, lenzuola; evitare di frequentare luoghi che non diano sufficienti garanzie di igiene.

COSA FARE PER NON DIFFONDERLA?

È importante osservare le seguenti indicazioni: - segnalare al medico curante la comparsa di eruzioni cutanee pruriginose; - eseguire correttamente il trattamento e le indicazioni prescritte dallo specialista o dal Medico curante; - evitare il contatto diretto pelle/pelle con altri sino al termine della terapia; - lavare accuratamente la biancheria in lavatrice ad alta temperatura (superiore a 60 °C); - il materiale (es. giochi in tessuto, abiti, tappeti, materassini ecc.) che non può essere lavato ad alte temperature va rinchiuso in sacchi di plastica o tenuto esposto all'aria per sette giorni (i parassiti non sopravvivono più di 3 – 4 giorni se non sono a contatto con la pelle); - effettuare visita di controllo a fine terapia per accertare la guarigione.

 <p>azienda sanitaria locale matera</p>	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 20/25

Allegato n. 4 Informazione e Consenso TRATTAMENTO SCABBIA

Microbiologia

La scabbia, malattia infettiva contagiosa che colpisce la cute, è una ectoparassitosi provocata da un acaro specie specifico (*Sarcoptes scabiei hominis*), esclusivo dell'uomo, in cui compie l'intero ciclo vitale, invisibile ad occhio nudo, che scava cunicoli nella cute. Il parassita, a livello della cute umana, depone le uova da cui, in alcuni giorni, si sviluppano i parassiti adulti.

Contagio e Diffusione

Le condizioni di promiscuità e di scarso livello igienico ne favoriscono la diffusione, ma la malattia può colpire persone di ogni età e ceto sociale, indipendentemente dall'igiene personale. È endemica in molti paesi sviluppati e più frequente d'inverno. 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, effetti letterecci (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 da una persona infestata.

Sintomatologia

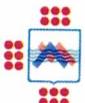
La sintomatologia compare dopo un periodo variabile da 2 a 6 settimane dal contatto con l'acaro. Il periodo di incubazione può essere più breve, da alcuni giorni a 2 settimane, in caso di reinfezione o al contrario molto più lungo, anche mesi, nei soggetti anziani. Il prurito è il sintomo principale della scabbia; esso aumenta di intensità la notte, in quanto verosimilmente il calore del letto incrementa l'attività degli acari. Sulla cute compaiono lesioni di vario tipo, come lesioni pruriginose di pochi millimetri, corrispondenti ai "cunicoli" scavati dall'acaro, patognomoniche della malattia o papule (piccole chiazze rosse in rilievo). Sono presenti in genere lesioni da grattamento, con eventuali infezioni cutanee conseguenti. Le zone più frequentemente colpite sono: gli spazi interdigitali delle mani e dei piedi, i polsi, i gomiti, le ascelle, le regioni mammarie, l'addome, i genitali maschili, i glutei.

Quadri clinici particolari:

1. **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).
2. **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.
3. **SCABBIA NODULARE:** si tratta di una forma di iperreattività e si presenta con lesioni nodulari intensamente pruriginose reattive, localizzate prevalentemente alle ascelle, ai genitali, ai glutei e piedi. Tali lesioni non risentono dei trattamenti antiparassitari, poiché sono forme disabitate dall'acaro, potendo persistere anche per alcuni mesi.

Diagnosi

La diagnosi di scabbia si pone sia in base all'anamnesi sia in base all'esame obiettivo clinico. È utile, ai fini diagnostici, l'esame microscopico su materiale ottenuto per scarificazione della cute nelle zone sospette. La diagnosi risulta agevolata dall'uso di una metodica diagnostica non invasiva, la dermatoscopia di superficie. Tale metodica consente di osservare a forte ingrandimento tutta la superficie cutanea dei soggetti sospettati di essere affetti da scabbia e permette di identificare la presenza dell'acaro, le feci e le uova, in presenza dei quali la diagnosi è certa.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 21/25

Trattamento

L'approccio terapeutico prevede la somministrazione al soggetto malato, caso confermato o probabile, di scabbia e ai contatti ad alto rischio, di farmaci acaricidi, solitamente per via topica, ricoprendo con cura la cute di tutto il corpo, dal collo sino alla punta delle dita delle mani e dei piedi, compreso lo spazio sub ungueale, le regioni palmari, plantari, la regione inguinale, con esclusione del cuoio capelluto e del viso. In taluni casi può tuttavia essere suggerita, dal dermatologo, l'applicazione sul cuoio capelluto e viso. Qualunque sia il prodotto prescelto, è raccomandato sostituire la biancheria personale e del letto dopo ogni applicazione. La biancheria intima, gli abiti e le lenzuola usati dal paziente, fino a trattamento concluso, devono essere lavati a temperatura superiore ai 60°. Gli indumenti che non possono essere lavati in questo modo devono essere chiusi in sacchetti di plastica per 15 giorni e successivamente lavati secondo le specifiche istruzioni riportate sull'etichetta dell'indumento stesso. La contagiosità si riduce progressivamente nel corso della terapia. Per i soggetti ospedalizzati, è prescritto l'isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento.

Considerata la scarsa resistenza degli acari nell'ambiente (massimo 1-2 gg.), la disinfezione degli ambienti dove ha soggiornato un caso di scabbia non è indispensabile, essendo di norma sufficienti le routinarie operazioni di pulizia. La disinfezione ambientale, utilizzando comuni disinfettanti come cloroderivati, alcool, ecc., va effettuata in caso di scabbia crostosa o norvegese.

CONSENSO

Io sottoscritto dichiaro di essere stato chiaramente e compiutamente informato dal/la Dott. che, in ragione del sospetto / della diagnosi di scabbia si rende opportuno procedere al seguente **trattamento medico-chirurgico**:

.....
.....
.....

che mi è stato descritto in modo dettagliato ed approfondito sino ad una completa comprensione da parte mia dei rischi e dei benefici derivanti. Mi sono state descritte le seguenti alternative terapeutiche:

.....
.....
.....

Caratteristiche del trattamento

La scabbia è una malattia infettiva e, se non adeguatamente trattata potrebbe persistere, evolvere e peggiorare causando complicanze dermatologiche. Inoltre, l'agente patogeno potrebbe diffondersi per contatto diretto o indiretto. Poiché la diagnosi certa (visualizzazione dell'acaro o delle sue uova) non è sempre possibile, a fronte dei rischi derivanti dalla patologia e della sua diffusione, il trattamento è indicato anche nei casi sospetti. Il trattamento riduce progressivamente le possibilità di diffusione dell'acaro.

Il trattamento topico della patologia richiede più applicazioni a distanza di alcuni giorni secondo uno schema terapeuti personalizzato. Alcuni acari sono resistenti alla terapia topica e richiedono una terapia sistemica, anche in associazione ad altri trattamenti.

Trattamento topico – Rischi

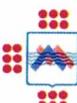
I principali effetti indesiderati della terapia topica sono:

- Segni transitori di irritazione cutanea (bruciore, rash, eritema, orticaria, edema, eczema)
- Altri.....

Reazioni avverse più rare: reazioni allergiche anche gravi, parestesie, cefalea, dispnea, nausea, morte.

Trattamento sistemico – Rischi

I principali effetti indesiderati della terapia sistematica (Invermectina) sono:

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 22/25

- Reazioni allergiche anche gravi
- Epatite acuta
- Aumento transaminasemia, bilirubinemia, eosinofilia
- Ematuria
- Debolezza, sonnolenza e/o capogiri
- Perdita dell'appetito
- Grastralgia, nausea o vomito
- Diarrea o stitichezza
- Anemia
- Agitazione motoria o tremori
- Leucopenia

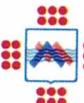
Data

Firma del paziente, del tutore o dell'esercente la patria potestà

.....

Firma del Medico

.....

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 23/25

Allegato n. 5 Informazione e Consenso - SCARIFICAZIONE

Microbiologia

La scabbia, malattia infettiva contagiosa che colpisce la cute, è una ectoparassitosi provocata da un acaro specie specifico (*Sarcoptes scabiei hominis*), esclusivo dell'uomo, in cui compie l'intero ciclo vitale, invisibile ad occhio nudo, che scava cunicoli nella cute. Il parassita, a livello della cute umana, depone le uova da cui, in alcuni giorni, si sviluppano i parassiti adulti.

Contagio e Diffusione Le condizioni di promiscuità e di scarso livello igienico ne favoriscono la diffusione, ma la malattia può colpire persone di ogni età e ceto sociale, indipendentemente dall'igiene personale. È endemica in molti paesi sviluppati e più frequente d'inverno. 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, effetti letterecci (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 da una persona infestata.

Sintomatologia

La sintomatologia compare dopo un periodo variabile da 2 a 6 settimane dal contatto con l'acaro. Il periodo di incubazione può essere più breve, da alcuni giorni a 2 settimane, in caso di reinfezione o al contrario molto più lungo, anche mesi, nei soggetti anziani. Il prurito è il sintomo principale della scabbia; esso aumenta di intensità la notte, in quanto verosimilmente il calore del letto incrementa l'attività degli acari. Sulla cute compaiono lesioni di vario tipo, come lesioni pruriginose di pochi millimetri, corrispondenti ai "cunicoli" scavati dall'acaro, patognomoniche della malattia o papule (piccole chiazze rosse in rilievo). Sono presenti in genere lesioni da grattamento, con eventuali infezioni cutanee conseguenti. Le zone più frequentemente colpite sono: gli spazi interdigitali delle mani e dei piedi, i polsi, i gomiti, le ascelle, le regioni mammarie, l'addome, i genitali maschili, i glutei.

Quadri clinici particolari:

1. **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).
2. **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.
3. **SCABBIA NODULARE:** si tratta di una forma di iperreattività e si presenta con lesioni nodulari intensamente pruriginose reattive, localizzate prevalentemente alle ascelle, ai genitali, ai glutei e piedi. Tali lesioni non risentono dei trattamenti antiparassitari, poiché sono forme disabitate dall'acaro, potendo persistere anche per alcuni mesi.

Diagnosi

La diagnosi di scabbia si pone sia in base all'anamnesi sia in base all'esame obiettivo clinico. È utile, ai fini diagnostici, l'esame microscopico su materiale ottenuto per scarificazione della cute nelle zone sospette. La diagnosi risulta agevolata dall'uso di una metodica diagnostica non invasiva, la dermatoscopia di superficie. Tale metodica consente di osservare a forte ingrandimento tutta la superficie cutanea dei soggetti sospettati di essere affetti da scabbia e permette di identificare la presenza dell'acaro, le feci e le uova, in presenza dei quali la diagnosi è certa.

 azienda sanitaria locale matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 24/25

Trattamento

L'approccio terapeutico prevede la somministrazione al soggetto malato, caso confermato o probabile, di scabbia e ai contatti ad alto rischio, di farmaci acaricidi, solitamente per via topica, ricoprendo con cura la cute di tutto il corpo, dal collo sino alla punta delle dita delle mani e dei piedi, compreso lo spazio sub ungueale, le regioni palmari, plantari, la regione inguinale, con esclusione del cuoio capelluto e del viso. In taluni casi può tuttavia essere suggerita, dal dermatologo, l'applicazione sul cuoio capelluto e viso. Qualunque sia il prodotto prescelto, è raccomandato sostituire la biancheria personale e del letto dopo ogni applicazione. La biancheria intima, gli abiti e le lenzuola usati dal paziente, fino a trattamento concluso, devono essere lavati a temperatura superiore ai 60°. Gli indumenti che non possono essere lavati in questo modo devono essere chiusi in sacchetti di plastica per 15 giorni e successivamente lavati secondo le specifiche istruzioni riportate sull'etichetta dell'indumento stesso. La contagiosità si riduce progressivamente nel corso della terapia. Per i soggetti ospedalizzati, è prescritto l'isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento. Considerata la scarsa resistenza degli acari nell'ambiente (massimo 1-2 gg.), la disinfezione degli ambienti dove ha soggiornato un caso di scabbia non è indispensabile, essendo di norma sufficienti le routinarie operazioni di pulizia. La disinfezione ambientale, utilizzando comuni disinfettanti come cloroderivati, alcool, ecc., va effettuata in caso di scabbia crostosa o norvegese.

CONSENSO

Io sottoscritto dichiaro di essere stato chiaramente e compiutamente informato dal/la Dott. che, in ragione del sospetto / della diagnosi di scabbia si rende opportuno procedere alla **SCARIFICAZIONE**.

Caratteristiche della procedura La scabbia è una malattia infettiva e, se non adeguatamente trattata potrebbe persistere, evolvere e peggiorare causando complicanze dermatologiche. Inoltre, l'agente patogeno potrebbe diffondersi per contatto diretto o indiretto. Poiché la diagnosi certa (visualizzazione dell'acaro o delle sue uova) non è sempre possibile mediante la clinica e l'esame obiettivo, a fronte dei rischi derivanti dalla patologia e della sua diffusione, può essere necessario procedere alla SCARIFICAZIONE delle lesioni sospette ed alla successiva analisi microbiologica dei campioni raccolti alla ricerca dell'acaro o delle sue uova.

Modalità La SCARIFICAZIONE consiste nella raschiatura del cunicolo cutaneo, ossia la piccola lesione cutanea scavata dall'acaro durante il suo ciclo vitale. La raschiatura è eseguita mediante un bisturi, la cute rimossa è raccolta su un vetrino porta-oggetto.

Rischi e Complicanze La procedura è poco invasiva poiché il raschiamento riguarda gli strati superficiali della cute. Tuttavia, è possibile che il paziente riporti delle abrasioni più o meno profonde o piccole ferite da taglio della cute.

Data

Firma del paziente, del tutore o dell'esercente la patria potestà

Firma del Medico

 matera	PROCEDURA GENERALE SANITARIA	COD: PGS-DIOT-05-22-Rev.01	
	Gestione del rischio infettivo – Scabbia	REV. 0.0	Pagina 25/25

Allegato n. 6 Scheda Indagine Epidemiologica di Scabbia in ambito Ospedaliero

CASO INDICE:
 NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____ / _____ / _____
 U.O. _____ STANZA (se paziente) _____ QUALIFICA _____

CONTATTI AD ALTO RISCHIO NOME E COGNOME	DATA del CONTATTO	U.O.	STANZA (se paziente)	U.O. TRASFERIMENTO e DATA (compilare solo se avvenuto trasferimento durante l'attività assistenziale)	QUALIFICA (se dipendente o esterno)	ESITO SCREENING*	DATA SCREENING*	MISURE DI PREVENZIONE*
						Positivo	Negativo	
						Positivo	Negativo	
						Positivo	Negativo	
						Positivo	Negativo	

Legenda

Alto rischio: contatti cutanei frequenti e prolungati (15 - 20 minuti) con il caso indice in assenza di DPI adeguati alle precauzioni da contatto

* compilazione a cura dello Specialista Dermatologo

Firma Dirigente Medico _____