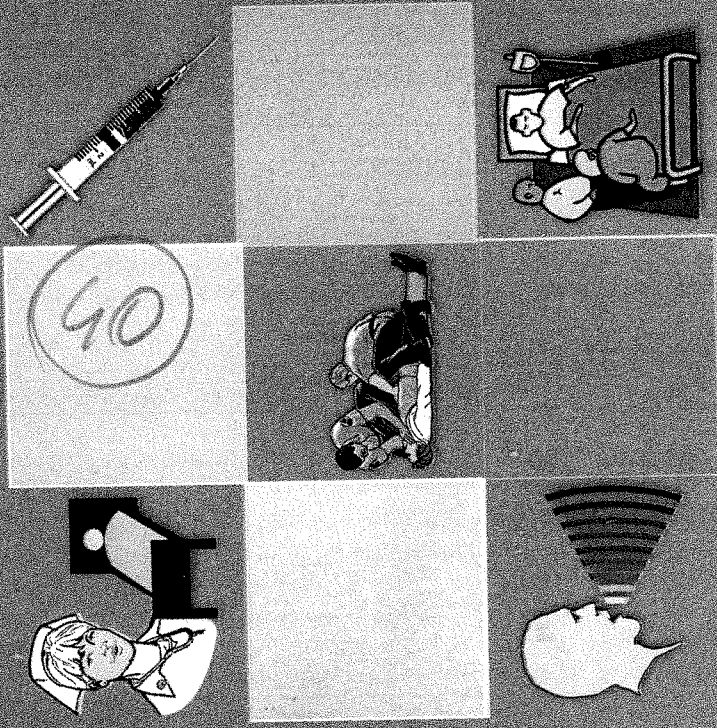


Gruppo Operativo C.I.O. Aziendale
Gruppo Dott.ssa Antonella Benvenuto
Cosenza

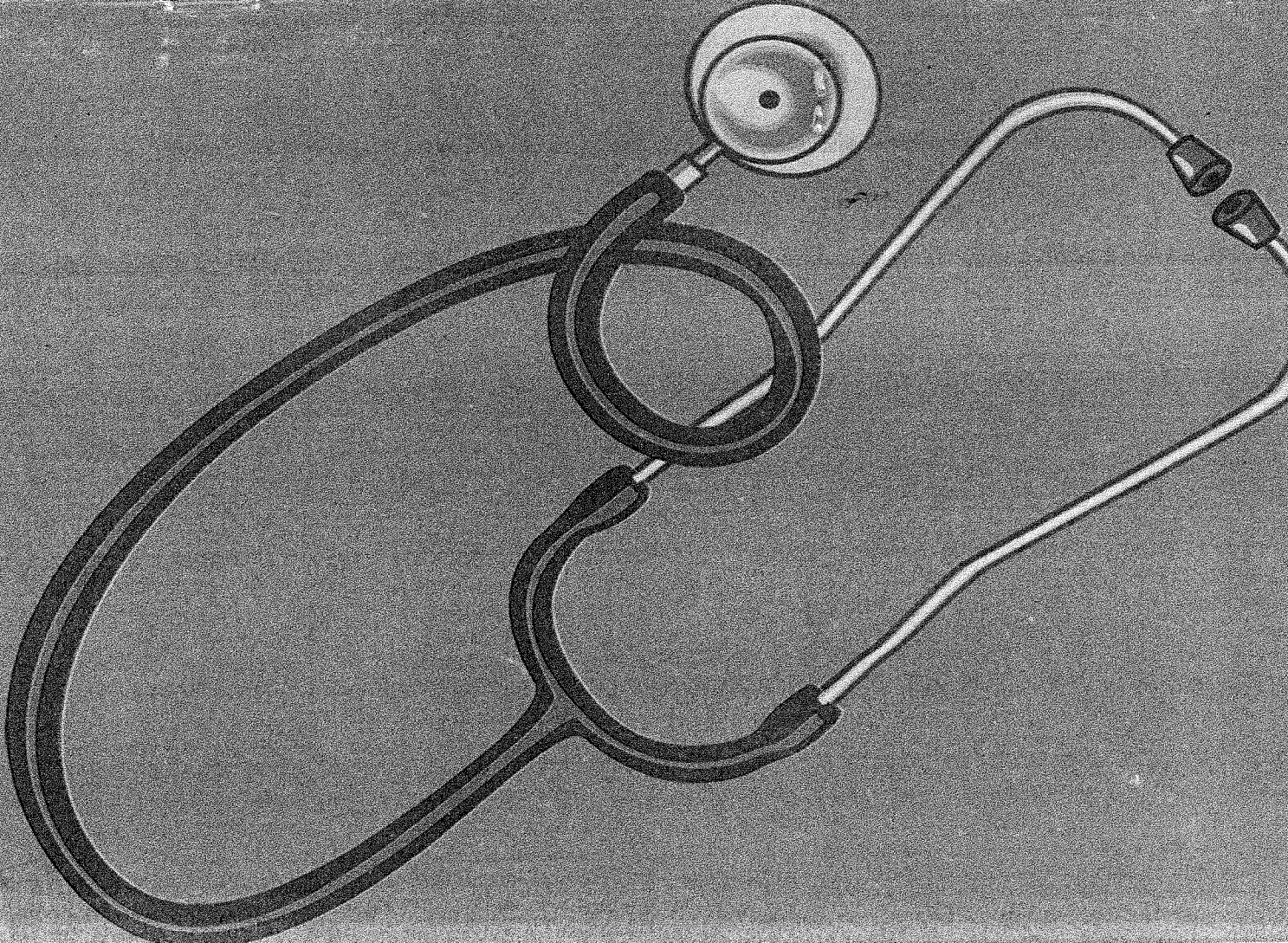


**PROTOCOLLI E LINEE GUIDE AZIENDALI
SULLE INFEZIONI OSPEDALIERE**

PROTOCOLLO SCABBIA IN OSPEDALE

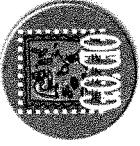


a cura del G.O. C.I.O. Aziendale
dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza
anno 2009





Regione Calabria
Azienda Ospedaliera Cosenza



SCABBIA

Procedure operative per limitarne la diffusione in ospedale



Redazione	Elaborazione	Data	Validazione	Data	Approvazione
Data Gennaio 2007	"Gruppo di lavoro Scabbia" Dr. A. Benvenuto Dr. F. Rose ICI C. Barberio I. P. K. Rossi Dr. S. Spadafora	Marzo 2007	U. O. Mal. Inf. Prof. S. Vento Direzione Sanitaria M. S. Dr. O. Perfetti	Marzo 2007	CIO Coordinatore Dr. V. Risoli Direttore Sanitario A. O. Dr. S. Spadafora U. O. di Dermatologia Dipartimento. Medicina Dr. Rugiero
Valutazione componenti G.O. Aziendale	Dr. M. Loizzo Dr. C. Giraldi Dr. F. Canino Dr. F. Luciani	Marzo 2007			
Diffusione	Tutti i reparti e servizi Azienda Ospedaliera Cosenza				
Verifica Applicazione	Responsabilità Direttore U. O. Caposala U. O.				
Revisione	Triennale Giugno 2010				
					Data Frequenza trimestrale

INDICE

Premessa	Pag.	7
Scopo	"	7
Campo di Applicazione	"	7
Terminologia, Abbreviazioni, Simbologia	"	7
Definizioni	"	8
Clinica ed Epidemiologia	"	8
Terapia e Profilassi	"	12
Procedure Operative Allegato 1	"	14
Responsabilita' Allegato 2	"	19
Indicatori Scabbia Allegato 3	"	20
Scheda di verifica dell'applicazione Allegato 4	"	21
Quantificazione del rischio di contagio di operatori esposti a pazienti con scabbia Allegato 5a	"	22
Quantificazione del rischio di contagio di pazienti esposti a pazienti con scabbia Allegato 5b	"	23
Scheda di verifica dell'applicazione delle misure precauzionali aggiuntive in caso di scabbia Allegato 6	"	24
Elenco validatori	"	29
Bibliografia	"	30

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 malattia è diffusa in tutto il mondo con andamento epidemiologico irregolare. **Può colpire persone di ogni ceto sociale, indipendentemente dall'igiene personale e non fa distinzioni di età o sesso, è endemica in molti paesi sviluppati; più frequente d'inverno.** Nell'ultimo decennio in Italia e nel nostro territorio si è riscontrato un progressivo incremento dei casi, probabilmente a seguito della crescente diffusione dei viaggi turistici in paesi dove la malattia è molto diffusa, per gli ingenti flussi migratori di recente intervenuti, nonché per l'accresciuta attenzione dei medici, che permette di identificare casi che un tempo sarebbero passati inosservati

SCOPO

Limitare, attraverso l'applicazione delle procedure, la trasmissione internazionale della scabbia.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Operatori e/o pazienti con scabbia certa o sospetta.

TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, SIMBOLOGIA

COORTE:

Sistemazione spaziale per medesima condizione patologica

D.P.I.:

Dispositivo di protezione Individuale

FONTE DI INFEZIONE:

Soggetto affetto da scabbia

I.C.I.:

Infermiere addetto al controllo ed alla sorveglianza delle infezioni ospedaliere

TRASMISSIONE:

Contatto diretto o mediato dai veicoli

G.O. CIO:

Gruppo Operativo comitato infezioni ospedaliere

VEICOLI DI INFEZIONE: Indumenti, biancheria personale, effetti letterci

RESPONSABILITA'

L'adozione delle misure precauzionali deve avvenire sistematicamente ogni qual volta si accerti o sospetti un caso di Scabbia.

Il Direttore ed il Coordinatore Infermieristico dell'UO verificano puntual-

mente (attraverso la compilazione del modulo in **allegato 4**) l'adozione delle misure di seguito riportate e ne sono personalmente responsabili. La verifica sistematica dell'applicazione delle indicazioni contenute nel seguente protocollo (valutazione esterna) avviene attraverso la compilazione di una scheda di controllo (vedi **allegato 6**) da parte dell'I.C.I. verificato dal medico della direzione sanitaria di S. O.

DEFINIZIONI

Caso probabile:

Un caso probabile di scabbia è definito dalla presenza di sintomi clinici compatibili prurito (soprattutto notturno, localizzato), lesione cunicolare e piccole papule o noduli flegmasici con eritema perilesionale. Sedi elette di localizzazione sono le superfici volari dei polsi, le superfici laterali delle dita, l'eminenza tenar e ipotenar, spazi interdigitali (pre-senti nel 3/4 spazio interdigitale delle mani), pieghe ascellari (pilastrino anteriore) e zona periorbitali, presenza di lesioni da grattamento (specie ai polsi), accompagnati o meno da esposizione documentata al contagio o presenza di sintomi suddetti in famiglia o in altri ambiti comunitari negli ultimi due mesi.

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.

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

Contatto ad alto rischio: conviventi, partner sessuali e coloro che hanno frequenti contatti cutanei con il caso indice.

Contatto a basso rischio: coloro che hanno contatti indiretti attraverso oggetti o materiali venuti a contatto con il soggetto.

CLINICA ED EPIDEMIOLOGIA

La scabbia è una dermatosi parassitaria contagiosa, trasmessa per con-

tatto, causata da un acaro (*Sarcoptes scabiei hominis*), la cui penetrazione si evidenzia con papule, vescicole e piccoli cunicoli lineari contenenti gli acari e le loro uova.

Eziologia e ciclo biologico: La femmina gravida dell'acaro penetrata nella cute scava nello spessore dello strato corneo, cunicoli (che si evidenziano con caratteristiche lesioni) e vi depongono le uova. Questi canali sono in rilievo e grigi per le feci del parassita, che vi si accumulano. Dopo aver depositato un massimo di 50 uova la femmina muore. Dopo 3-4 giorni le uova si schiudono dando origine a giovani larve che subiscono successive metamorfosi, gli stadi successivi di sviluppo sino al parassita maturo non si verificano nei cunicoli ma sulla superficie cutanea; questo spiega l'elevata contagiosità della malattia. In un singolo individuo infestato, si possono rinvenire 10-12 femmine, ma il numero può raggiungere le centinaia e le migliaia in caso di scabbia crostosa.

Il tempo di sopravvivenza degli acari femmina all'esterno dell'ospite umano non oltrepassa i 2 o 3 giorni. L'irritazione cutanea provocata dagli acari è soprattutto di origine allergica e all'inizio della malattia può passare inavvertita, quindi l'infezione si estende ed il prurito aumenta soprattutto durante la notte.

Manifestazioni cliniche: Le sedi elettive di localizzazione sono quelle sopra indicate, la malattia può estendersi a qualsiasi distretto cutaneo con esclusione quasi costante delle sedi pelose. In rapporto al sesso e all'età del paziente si possono avere localizzazioni preferenziali dell'acaro: nel maschio le lesioni devono ricercarsi sempre anche in sede genitale; nella donna è patognomonico, quando presente l'interessamento dell'areola mammaria o del capezzolo; nel neonato e nel lattante è frequente anche un tropismo per le regioni palmoplantari. Il prurito è intenso soprattutto di notte e complicate più frequenti sono le sovrainfestazioni delle lesioni cutanee per le ferite da grattamento. Le lesioni corrispondono ai cunicoli ed al ricettacolo del parassita e permangono anche dopo che questi li ha abbandonati; sono importanti i fenomeni di ipersensibilità all'acaro ed alle sue deiezioni depositate nello strato corneo della cute.

La scabbia crostosa (norvegese o ipercheratosa) si riscontra più facilmente in persone con grave immunodepressione o in anziani sottoposti a terapie incongrue protratte (generalmente pomate steroidee). Ciò non è raro, stante l'oggettiva difficoltà di diagnosi precoce in età avanzata sia per l'obiettività clinica atipica frequente, sia per l'irregolare presenta-

zione del sintomo prurito, che può essere presente anche in anziani non infestati e, viceversa, assente o modesto in anziani affetti da scabbia. Nella scabbia Norvegese il quadro clinico può iniziare come scabbia classica o come un eczema cronico, o essere caratterizzato da vaste superfici ipercheratosiche ricoperte da squamo-croste pluristratificate e ragadizzate, localizzate elettivamente alle superfici flessorie ed estensorie degli arti, delle mani e dei piedi, dita, gomiti e ginocchia. Il prurito può essere assente, le complicanze sono più gravi (sovrainfezioni da Streptococco B emolitico e glomerulonefrite) e la diffusività della malattia è più elevata data l'infestazione da parte di migliaia di acari.

Serbatolo / fonte: Uomo ammalato

Modalità di trasmissione

Gli acari non volano e non saltano; sulla cute si muovono ad una velocità di 2,5 cm al minuto. Lontano dall'ospite, in condizioni ambientali standard (temperatura 21°C), vivono per 24-36 ore; temperature più basse e umidità ne prolungano la sopravvivenza, ma il congelamento prolungato per alcuni giorni li uccide.

La principale modalità di trasmissione è il contatto cutaneo diretto, da persona a persona (cute-cute), in persone che dormono nello stesso letto, oppure meno frequentemente attraverso gli oggetti. La trasmissione è di frequente riscontro nell'ambito del nucleo familiare; tra gli adulti, il contagio avviene prevalentemente per contatto sessuale. Data la labilità dell'acaro al di fuori dell'ospite il contagio indiretto attraverso, per esempio biancheria e lenzuola, si verifica solo se questi sono stati contaminati di recente da una persona infestata.

Il rischio di diffusione tramite indumenti, biancheria da letto, asciugamani e tappezzeria utilizzati dai membri della stessa famiglia o comunità è basso, ma può aumentare se il paziente è affetto da scabbia a croste, caratterizzata da una massiccia infestazione da acari.

Il periodo di incubazione dalla contaminazione alla comparsa dei sintomi varia da 2 a 6 settimane per l'infestazione primaria, ma può essere di sole 24-48 ore in caso di reinfezione.

Periodo di incubazione

L'incubazione 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.

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

- **Provvedimenti nei confronti del malato:** allontanamento da scuola, lavoro e comunità sino al giorno successivo a quello di inizio di un trattamento efficace. Per i soggetti ospedalizzati attuare un isolamento da contatto finché il trattamento terapeutico non è terminato.

Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi

Sorveglianza clinica per la ricerca di altri casi di infestazione nei contatti a basso rischio, per coloro che hanno avuto contatto ad alto rischio è indicato il trattamento profilattico. In caso di epidemie è indicato il trattamento profilattico dei contatti.

Diagnosi

I quattro sintomi clinico-diagnostici patognomonici sono:

- Cunicoli
- Lesioni specifiche o aspecifiche nelle sedi tipiche per sesso ed età
- Prurito intenso soprattutto notturno
- Contagiosità (familiari o altre persone a contatto affetti)

La diagnosi di scabbia si fonda sui reperti clinici e sull'anamnesi.

A causa delle varianti cliniche con cui l'infestazione può presentarsi e per la somiglianza con altre malattie cutanee generalizzate pruriginose, la diagnosi può risultare problematica. A volte i cunicoli sono alterati o distrutti dal grattamento e terapie topiche precedenti parzialmente efficaci possono averne ridotto il numero o renderne difficoltosa la localizzazione. Se la diagnosi è dubbia, è opportuno rintracciare l'acaro, le uova o campioni dei suoi escrementi (es. tramite estrazione con un ago, raschiamento della superficie cutanea con una lama) da destinare all'esame microscopico, ma queste tecniche richiedono l'intervento di un operatore esperto e la visibilità delle gallerie. Inoltre, sono relativamente frequenti i falsi negativi. In caso di sospetto di scabbia, il trattamento può risultare quindi opportuno anche in assenza o con negatività dell'esame microscopico di conferma.

Terapia e profilassi

Caso confermato o probabile

In commercio esistono diversi prodotti per la terapia locale quali la permetrina al 5%, che attualmente è considerato il trattamento più efficace e meglio tollerato, il Benzoato di Benzile al 10-20% terapia efficace anche se frequentemente irritante.

Il crotamitone antipruriginoso efficace ma non un antiscabbioso particolarmente efficace. Nel caso di scabbia norvegese o in casi particolari sarebbe utile una terapia sistemica con Ivermectina cpr, (farmaco non disponibile in Italia).

Assai difficoltoso è, infine, gestire la reazione "idica" post scabbiosa vale a dire quella particolare reazione prurito - papule allergiche persistenti cui possono andare incontro alcuni pazienti ai quali è stata posta diagnosi di scabbia in ritardo o che hanno ricevuto terapia aggressiva. C'è da precisare che in questi casi le lesioni papulari sono disabitate e che la presenza di pustole localizzate sulle mani e/o sui piedi non devono essere trattate con scabbicidi. Ci si deve limitare a prescrivere antipruriginosi per via topica ed antistaminici. Si tenga presente che se si fa uso frequente di docce o bagni la cute spesso potrà andare incontro a xerosi e dunque si associerà inevitabilmente un feroce prurito che se non bene interpretato potrà fuorviare una giusta interpretazione clinica.

In conclusione forniamo un tentativo di schema terapeutico che **deve comunque sempre essere validato dal dermatologo:**

Permetrina in crema al 5% una sola applicazione

Applicare su cute asciutta secondo le indicazioni del foglietto illustrativo; dopo 8-12 ore, la crema può essere rimossa con un bagno o una doccia. E' necessario riapplicare il farmaco sulle aree, come le mani o i genitali, che vengono lavate durante il periodo di applicazione. E' consigliabile una seconda applicazione a distanza di una settimana dalla prima. **Tutti i pazienti, i loro conviventi e il personale di assistenza devono ricevere detagliate istruzioni scritte** in aggiunta alle raccomandazioni verbali sul corretto impiego del prodotto. Ai pazienti va detto di **evitare un bagno caldo prima di applicare la crema** dal momento che questo potrebbe favorire l'assorbimento della permetrina e il suo passaggio nel circolo sistemico, rimuovendola dalla sede di

azione cutanea. Le unghie devono essere tagliate corte, eliminando ogni frammento prima di applicare la crema su queste aree.

OPPURE

1° giorno: bagno caldo con spugna ruvida o guanto di crine applicazione di sostanza antiscabbiosa
Benzoato di benzile da applicare mattina e sera per tre giorni consecutivi

4° giorno: rifare bagno caldo con preparati emollienti

Se continua il prurito rassicurare il paziente, prescrivere un antistaminico per os per tre/quattro giorni, continuare con i bagni emollienti e prescrivere emollienti se la cute appare xerotica.

Profilassi

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 reinfestare le persone con cui viene a stretto contatto.

Contatti a basso rischio: vanno sottoposti a sorveglianza sanitaria. Il trattamento profilattico di questi soggetti è indicato solo se il caso indica è affetto da scabbia norvegese

Scabbia norvegese

Nella scabbia crostosa o norvegese vi è proliferazione di *Sarcoptes scabiei*, quindi è estremamente contagiosa. Il prurito è spesso discreto o assente. La distribuzione delle lesioni è frequentemente atipica con un interessamento nell'adulto di viso, cuoio capelluto, palme delle mani e piante dei piedi. Le epidemie in ospedali e case di cura sono spesso causate da casi di scabbia non diagnosticata precocemente. Come per la scabbia tipica, la diagnosi si basa sull'anamnesi, la clinica e l'esame dei prelievi sotto microscopio. Tutti i contatti del paziente (altri pazienti o personale di assistenza) e i loro familiari devono essere trattati.

PROCEDURE OPERATIVE

ALLEGATO 1

È fondamentale per la prevenzione della scabbia mantenere sempre un elevato indice di sospetto. Tutti gli operatori sanitari devono utilizzare sempre i DPI.

Il Coordinatore dell'U.O. deve informare il personale della ditta di pulizia e/o altre ditte esterne ove necessario, perchè possano essere adottate le precauzioni necessarie.

In aggiunta alle precauzioni standard utilizzare le precauzioni da contatto:

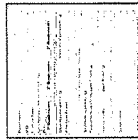


1. COLLOCAZIONE DEL DEGENTE:

Il degente deve essere collocato in camera singola dotata di servizi igienici. Se la camera singola non è disponibile, più degenti con la stessa patologia possono condividere la stessa stanza (coorte). La camera singola e le precauzioni da contatto devono essere applicate per almeno 24 ore dall'inizio del primo ciclo di un trattamento efficace o fino a quando lo specialista dermatologo non abbia escluso la scabbia dalle opzioni diagnostiche.

2. OBBLIGO DI NOTIFICA:

La notifica deve essere effettuata, per casi certi o sospetti, secondo le indicazioni del Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990, direttamente dal medico dell'UO ed inoltrata alla Direzione Sanitaria.



La segnalazione da parte del medico di tutti i casi di scabbia sospetti e/o accertati deve essere fatta entro 24 ore, per il tramite della Direzione Sanitaria, all'ASP di appartenenza.

Nel caso in cui l'ASP di diagnosi sia diversa da quella di residenza o di domicilio abituale del paziente, le informazioni disponibili dovranno essere immediatamente comunicate anche a quest'ultima, al fine di permettere la messa in atto degli interventi di prevenzione e controllo.

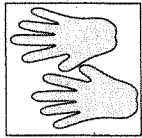
La notifica va fatta utilizzando il mod. 1 allegato.



3. TIPO DI ISOLAMENTO DA ATTUARE:

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 pre-

cauzioni aggiuntive per le patologie trasmissibili per contatto. Applicare sulla porta della stanza il cartello limitatore con indicate le precauzioni da contatto ("C") da adottare.



4. 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.

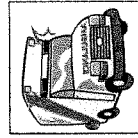
Guanti monouso non sterili devono essere indossati in caso di diretto contatto con il paziente o con materiale potenzialmente contaminato (es effetti letterecci). Dopo l'uso i guanti devono essere immediatamente eliminati prima di uscire dalla stanza del degente, nel contenitore dei rifiuti speciali.



5. CAMICI:

Indossare se si prevede un contatto diretto con il paziente, o superfici potenzialmente contaminate (camici idrorepellenti, copricapo, calzari). Tutto il materiale va eliminato nei contenitori per rifiuti infetti, direttamente nella stanza del paziente.

Non utilizzare maglioni in lana ed indossare il copricapo durante la manipolazione di effetti letterecci (es. rifacimento del letto).



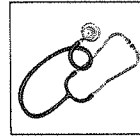
6. TRASPORTO DEL DEGENTE:

Limitare gli spostamenti ed il trasporto del degente ai soli casi assolutamente indispensabili. 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 perchè mettano in pratica le precauzioni necessarie.

Assicurarsi che vengano mantenute le precauzioni volte a prevenire la trasmissione degli acari ad altri degenti e la contaminazione dell'ambiente e delle attrezzature.

Eventuali lesioni cutanee devono essere coperte con medicazioni sterili.



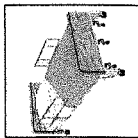
7. ATTREZZATURE PER L'ASSISTENZA AL DEGENTE:

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

Evitare il contatto diretto dello sfigmomanometro con il braccio del soggetto infetto.

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

8. EFFETTI LETTERECCI E BIANCHERIA:



Dopo aver indossato i mezzi di protezione, rimuovere con attenzione la biancheria del letto, evitando qualsiasi scuotimento, rifacimento completo del letto ad ogni trattamento, inserire la biancheria senza scuoterla nell'apposito sacco idrosolubile che dovrà essere chiuso ed inserito in un secondo sacco a sua volta opportunamente richiuso presso il letto del paziente prima di inviarlo in lavanderia; eventualmente sostituire il materasso, il guanciale e coperte di lana dopo le prime 24 ore di trattamento insieme alla biancheria e sostituirle alla dimissione; il materasso, il guanciale e le coperte di lana devono essere imbustati e sigillati all'interno della stanza. Gli abiti 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, chiusi ermeticamente per almeno 7 gg oppure possono essere messi nel congelatore per almeno 12 ore.

È consigliabile l'uso di biancheria personale di cotone.

- Evitare di far indossare al paziente gonnini o indumenti di lana.
- Non lasciare nel comodino e negli armadi indumenti usati.
- Nell'impossibilità di trattare gli indumenti in lana, per evitare reinfezioni, lasciarli separati dagli altri e non indossarli per almeno 7 giorni, è consigliabile comunque tenerli esposti all'aria.

9. MEDICAZIONI

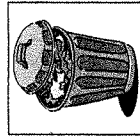
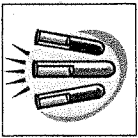
Qualsiasi lesione deve essere protetta da contaminazione da acari. Se la lesione dovesse scoprirsi, provvedere all'immediata rimozione e sostituzione della medicazione.

Ove possibile, trattare e coprire le lesioni da grattamento per evitare sovrainfezioni.



10. CAMPIONI BIOLOGICI

I prelievi ottenuti per scarificazione della cute possono venire effettuati su richiesta dell'u.o. direttamente a letto del paziente, ad opera del personale dell'U.O. di virologia e microbiologia. Trasportare i campioni secondo la normativa vigente.



11. 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.



12. PULIZIA AMBIENTALE:

Considerata la scarsa resistenza degli acari nell'ambiente (massimo 1-2 gg.), la disinfestazione degli ambienti dove ha soggiornato un caso di scabbia e raramente giustificata, essendo di norma sufficienti le routine operazioni di pulizia. La disinfestazione ambientale, utilizzando comuni disinfettanti come cloroderivati, ecc.; va effettuata in caso di scabbia crostosa o norvegese. La sanificazione e la disinfestazione giornaliera della camera vanno eseguite come di routine, DOPO la pulizia delle altre camere di degenza come segue:

- a. Indossare i DPI necessari (copricapo + camice monouso, guanti non sterili monouso)
- b. Aerare la camera
- c. Scopare ad umido
- d. Lavare il pavimento con detergente
- e. Disinfettare il pavimento utilizzando comuni disinfettanti (tipo clorossidante elettrolitico).
- f. Detergere e disinfettare l'unità del malato utilizzando comuni disinfettanti (tipo clorossidante elettrolitico).
- g. Tutto il materiale utilizzato per la pulizia, se monouso deve essere eliminato nei contenitori dei rifiuti speciali nella camera, se riutilizzabile deve essere inserito negli appositi sacchi idrosolubili e accuratamente lavato e disinfettato dopo l'uso.

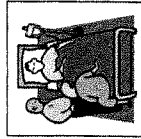
Dare indicazioni agli operatori esterni della Ditta delle pulizie sulle corrette modalità di comportamento e vigilare sull'adozione delle stesse.



13. PRECAUZIONI ALLA DIMISSIONE:

Trattare materassi e cuscini per come descritto al punto 8 inviare al servizio di lavanderia le coperte utilizzate inserite negli appositi sacchi eseguire pulizia a fondo e disinfestazione della camera ponendo particolare attenzione a tavolini, sedie sostegni per fleboclisi, ruote dei letti, unità di degenza ecc.

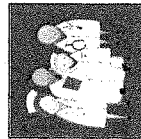
Eseguire tutte le sopraindicate manovre con le adeguate protezioni (guanti, camice, copricapo, ecc.).
Eliminare tutti i DPI al termine delle operazioni di pulizia.



14. EDUCAZIONE SANITARIA:

DEGENTE: istruire il malato sulle norme igieniche da osservare per prevenire la diffusione degli acari ad altri degeniti o all'ambiente.

VISITATORI: regolamentare l'accesso dei visitatori, nel rispetto della normativa sulla privacy, avuto il consenso del paziente, 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 per la biancheria, abiti e altro materiale proveniente dal malato secondo quanto indicato nei punti precedenti.



15. TRATTAMENTO PROFILATTICO DEI CONTATTI:

Per i degeniti la sorveglianza e l'eventuale trattamento è a carico dei medici curanti dell'U.O. che si avvalgono di eventuale consulenza dermatologica.

Per gli operatori la sorveglianza e l'eventuale trattamento e se necessario l'allontanamento dal lavoro è a carico del medico competente, avvalendosi dell'eventuale consulenza dermatologica.
La comunicazione del personale esposto viene effettuata dall'U.O. con il modello allegato 5.



16 TRATTAMENTO TERAPEUTICO DEL PAZIENTE:

Sarà a carico dei medici dell'U.O. che hanno in cura il paziente avvalendosi dell'eventuale consulenza dermatologica.

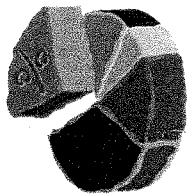
RESPONSABILITA'
L'adozione delle misure precauzionali descritte nel presente documento deve avvenire in maniera sistematica da parte di tutto il personale sanitario (medici, infermieri e personale di supporto), nel rispetto delle specifiche competenze ed in relazione alle attività descritte nel documento.

Descrizione delle attività	Figure coinvolte		
	MEDICO	COORDINATORE	PERSONALE INFERMIERISTICO e di SUPPORTO
Valutazione segni, sintomi e terapia	R.	/	/
Impostazione misure di isolamento	R.	R.	C.
Notifica di malattia infettiva	R.	/	/
Segnalazione contatti a rischio a UO di Dermatologia Medici Competenti e G.O.CO, Ditte esterne	R.	R.	/
Sanificazione del locale in cui ha soggiornato il paziente	/	R.	R./C.
Formazione ed informazione del paziente e dei familiari	R.	R./C.	R./C.
Sorveglianza personale, eventuale profilassi, allontanamento personale infetto dal servizio	Medico competente R.	/	/
Verifica applicazione indicazioni contenute nel protocollo	Medico Dir.ne Sanit. R.	/	ICI R.

Leggenda: R. = Responsabile • C. = Coinvolto

Il Direttore ed il Coordinatore Infermieristico dell' U.O. verificano puntualmente (attraverso la compilazione del modulo in (allegato 4) l'adozione delle procedure operative e ne sono personalmente responsabili.

Indicatori Scabbia



N° di pazienti con Scabbia notificata entro 24 ore dalla diagnosi _____ = 90%

N° di pazienti con diagnosi di Scabbia notificati

N° Controlli esterni misure precauzionali nell'anno _____ = 90%

N° infetti nell'anno

N° di personale esposto che ha concluso la sorveglianza sanitaria _____ = 50%

N° di personale esposto all'infezione

N° di casi in cui è stato applicato il protocollo _____ = 90%

N° casi notificati



**Regione Calabria
Azienda Ospedaliera Cosenza**

Dipartimento		
U.O.		
Direttore Firma		
Coordinatore Infermieristico Firma		
Data		
1° Quadrimestre	2° Quadrimestre	3° Quadrimestre

METODOLOGIA USATA PER LA VALUTAZIONE

Osservazione diretta <input type="checkbox"/>	Intervista al personale <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	

IL PROTOCOLLO È DA CONSIDERARSI

Totamente applicato <input type="checkbox"/>
Parzialmente applicato (specificare) <input type="checkbox"/>
non applicato (specificare) <input type="checkbox"/>

Suggerimenti

La seguente scheda, compilata in ogni sua parte, deve essere trasmessa al G.O. CIO in Direzione Sanitaria.

SCHEDA DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE

ALLEGATO 5A

Regione Calabria
Azienda Ospedaliera Cosenza

Quantificazione del rischio di contagio di operatori esposti a pazienti con scabbia.

In caso di esposizione non protetta a paziente con scabbia, è necessario quantificare il rischio di contagio dei contatti con il paziente fonte. Completare le schede allegate da inviare alla direzione sanitaria G.O. CIO, per attivare i medici competenti, per la sorveglianza ed eventuale profilassi degli operatori esposti.

Data _____	U.O. _____
Nome dell'esposto _____	Qualifica _____
Durata esposizione _____	Attività all'atto dell'esposizione _____
Data _____	U.O. _____
Nome dell'esposto _____	Qualifica _____
Durata esposizione _____	Attività all'atto dell'esposizione _____
Data _____	U.O. _____
Nome dell'esposto _____	Qualifica _____
Durata esposizione _____	Attività all'atto dell'esposizione _____
Firma del Responsabile U.O. _____	Data _____

ALLEGATO 5B

Regione Calabria
Azienda Ospedaliera Cosenza

Quantificazione del rischio di contagio di pazienti esposti a pazienti con scabbia. Sarà cura dei medici dell'U.O. provvedere alla sorveglianza dei pazienti esposti avvalendosi, se necessario della consulenza dermatologica, e inviare il modello seguente al G.O. CIO

Nome del paziente _____	
Durata esposizione _____	
Tipo di contatto: indiretto <input type="checkbox"/> diretto <input type="checkbox"/>	
Sorveglianza: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Profilassi: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Nome del paziente _____	
Durata esposizione _____	
Tipo di contatto: indiretto <input type="checkbox"/> diretto <input type="checkbox"/>	
Sorveglianza: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Profilassi: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Nome del paziente _____	
Durata esposizione _____	
Tipo di contatto: indiretto <input type="checkbox"/> diretto <input type="checkbox"/>	
Sorveglianza: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Profilassi: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Nome del paziente _____	
Durata esposizione _____	
Tipo di contatto: indiretto <input type="checkbox"/> diretto <input type="checkbox"/>	
Sorveglianza: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Profilassi: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Firma del Responsabile U.O. _____	Data _____

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Burkhardt CG, Burkhardt CN, Burkhardt KM. An Epidemiologic and therapeutic reassessment of scabies. *Cutis* 2000; 65:233-40.
- Chosiw O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000; 355:819-26.
- Meinking TL, Burkhardt CG, Burkhardt CN. Ectoparasitic diseases in dermatology: reassessment of scabies and pediculosis. *Adv Dermatol* 1999; 15:67-108.
- Robles Garcia M, de la Lama Lopez-Areol J, Avellaneda Martinez C, et al. Nosocomial scabies outbreak. *Rev Clin Esp* 2000; 200:538-42.
- Andersen BM, Haugen H, Rasch M, et al. Outbreak of Scabies in Norwegian nursing homes and home care patients: control and prevention. *J Hosp Infect* 2000; 45: 160-4.
- Mayer J, Weyer S, Lurz C, et al. Scabies epidemic in a sheltered workshop: what should be done? *Hautarzt* 2000; 51: 75-8.
- Obasanjo OO, Wu P, Conlon M, et al. An outbreak of scabies in a teaching hospital: lessons learned. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001; 22: 13-8.
- Hashimoto K, Fujiwara K, Punwaney J, et al. Post-scabietic nodules: a lymphohistiocytic reaction rich in dermal mast cells. *J Dermatol* 2000; 27: 181-94.
- Espy PD, Jolly HW. Norwegian scabies: Occurrence in a patient undergoing immunosuppression. *Arch dermatol* 1976; 112: 193-6.
- Gooch JJ, Stratus SR, Beamer B, et al. Nosocomial outbreak of scabies. *Arch Dermatol* 1976; 114: 897-98.
- Hubler WR, Clabaugh W. Epidemic Norwegian scabies. *Arch Dermatol* 1976; 112: 117-81.
- Carlsaw RW, Dbson RM, Hood ALK, et al. Mites in the environment of cases of Norwegian scabies. *Br J Dermatol* 1975; 92: 333-7.
- Meyers LN. Clinical presentation of scabies in a nursing home population. *JAM Acad Dermatol* 1988; 18: 396-7.
- Tan HH, Gob CL. Parasitic skin infection in the elderly: recognition and drug treatment. *Drugs Aging* 2001; 18: 165-76.
- Wolf R, Avigad J, Brenner S. Scabies: the diagnosis of atypical cases. *Cutis* 1995; 55: 370-1.
- Clinical Effectiveness Group. National guideline for the management of scabies. *Sex Transm Inf* 1999 (suppl 1): S76-7.
- Holness DL, Dekoven JG, Nehrcroft JR. Scabies in chronic health care institution. *Arch Dermatol* 1992; 128: 1257-60.
- Elmogy M, Fayed H, Horzok H, et al. Oral ivermectin in the treatment of scabies. *Int J Dermatol* 1999 Dec; 38 (12): 926-8.
- Paasch U, Hausstein UF. Management of endemic outbreaks of scabies with allerthrin, permethrin, and ivermectin. *Int J Dermatol* 2000; 39: 463-70.
- Bigby M. A systematic review of the treatment of scabies. *Arch dermatol* 2000; 136: 387-9.
- Usha V, Gopalakrishnan Nair TV. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *JAM acad dermatol* 2000; 42: 236-40.
- M. Moroni, R. Esposito, F. de Lalla, *Manuale delle malattie infettive*, 3° edizione Masson, 1991.
- D. Guggisberg, *Scabbia e pediculosi: epidemiologia, presa a carico e prevenzione*, Losanna.
- Guideline for Isolation Precautions in Hospital. Center for Disease Control, Atlanta, USA 1996.
- Abram S. Beneson "Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili" sedicesima edizione, DEA editore, 1995.
- Decreto Ministero Sanità 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse".
- 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".
- Regione Piemonte: Raccomandazione del 15 agosto 1999 per l'applicazione della circolare n. 4.
- Chosidow O. Scabies. *N Engl J Med* 2006; 354:1718-27.
- Heuckelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet* 2006; 367:1767-74.
- Centers for Disease Control and Prevention. Scabies fact sheet 2005 (www.cdc.gov/ncidod/dpdx/parasites/scabies/factsh_scabies.htm).
- Johnston G, Skadden M. Scabies: diagnosis and treatment. *BMJ* 2005; 331:619-22.
- Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies. *UpToDate* 2006.
- Ragni P. Scabbia. In: Tura G, Moro ML. *Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria - Sorveglianza e controllo*. Dossier 123-2006. Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna, 2006.

	SI	NO	NOTE
2.6 la biancheria del letto viene sostituita tutti i giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7 la biancheria sporca viene racchiusa ermeticamente all'interno dell'apposito sacco all'interno della camera di isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8 al paziente è assegnato materiale e ausili dedicati:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.1 padella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.2 pappagallo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.3 carrozzino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.4 materiale per medicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.5 vassoio per vitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.6 fonendoscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.7 sfigmomanometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.8 termometro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.9 altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. PULIZIA E DISINFEZIONE			
3.1 la camera di degenza viene pulita e disinfettata tutti i giorni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 per la pulizia si utilizza materiale dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	SI	NO	NOTE
3.3 la stanza di isolamento viene pulita al termine della pulizia delle altre stanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4 i servizi igienici sono disinfettati giornalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5 alla dimissione il coprimerasso, le coperte, i cuscini, il materasso antidecubito vengono sostituiti e quelli utilizzati sono inviati al trattamento di disinfezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6 alla dimissione la camera viene pulita a fondo e disinfettata accuratamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. TRASPORTO			
4.1 i servizi di destinazione ed il servizio ambulanze sono avvisati preventivamente delle condizioni di isolamento del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. PARENTI E VISITATORI			
5.1 i parenti e i visitatori che accedono alla camera di isolamento indossano guanti e camice monouso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2 i parenti e i visitatori vengono addestrati dal personale al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3 i parenti ed i visitatori sono informati sui comportamenti da adottare durante la visita al ricoverato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	SI	NO	NOTE
5.4 i parenti sono stati informati su come trattare la biancheria e gli indumenti del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.5 i parenti ed i visitatori si lavano le mani con soluzione antisettica dopo aver lasciato la camera di isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

firma dell'ici compilatore

.....

AZIENDA OSPEDALIERA di COSENZA
Presidio Ospedaliero "Annunziata"

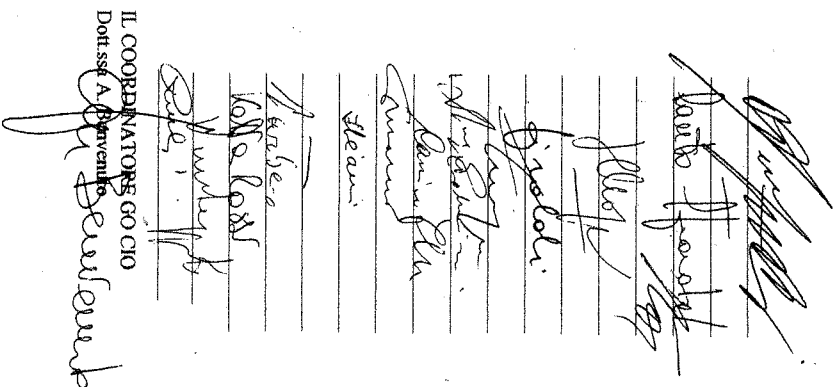
DIREZIONE SANITARIA

Prot. N°

Cosenza, li 8/3/2007

ELENCO VALIDATORI LINEE GUIDA SCABBIA

- Direttore Sanitario P.O. M. Santo
- Direttore U.O. di Mal. Infettive
- Direttore U.O. di Dermatologia
- Dr. Rose - Direzione Sanitaria P.O.A.
- Dott. ssa Loizzo Direzione Sanitaria P.O. M. Santo
- Dr. Greco Direzione Sanitaria P.O. Rogliano
- Direttore U.O. di Virologia e Analisi Microbiologiche
- Capo Dipartimento Medicina
- Dr. Palmieri Medico Competente
- Delegato Aziendale 626
- Dr. Marocco Direzione Sanitaria P.O. M. Santo
- Dr. Luciani U.O. di Malattie Infettive
- Dott. ssa Oriolo U.O. di Farmacia
- Coordinatore IP, addetti al GO-CIO Aziendale
- IP Rossi - Direzione Sanitaria P.O.A.
- Dott. ssa Vantaggiato Risk Manager
- Dr. Risoli V.


 IL COORDINATORE GO CIO
 Dott. ssa A. Brevicchio
