



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Riferimento Nazionale ed Alta Specializzazione

**Gestione dei casi sospetti ed
accertati di Scabbia in
ambito ospedaliero**

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 1 di 14

SOMMARIO

0227

Sommario.....	Pag.1
Elenco firme redattori.....	pag.2
Premessa.....	pag.3
1. Introduzione.....	pag.3-4
2.scopo /Obiettivi.....	pag.4
3. Campo di Applicazione.....	pag.4
4. Modifiche alle revisioni precedenti.....	pag.4
5. Definizioni.....	pag.4 -5
6. Descrizione delle attività	pag.5 -9
7. Matrice delle responsabilità.....	pag.10
8. Diagramma di flusso N°1 e N°2	pag.11-12
9. Indicatori	pag.13
10. Riferimenti/Allegati.....	pag.13-14
11. Lista di Distribuzione.....	pag.14

Redazione:

Dott.ssa M. A Prestigiacomio, Dott.ssa A Sanfilippo, Dott.ssa C Iaria, Dott.ssa C. Colomba,
Dott. A. Geraci, Dott. D. Cipolla, Dott.ssa L. Marsala, Dott.M. Crema, Dott.ssa Z. Picciuca

Revisione: U.O.S. Qualità e Rischio Clinico: Dott.ssa Filomena Randazzo

Verifica: Resp. UOS Qualità e Rischio Clinico: Dott.ssa Maria Grazia Laura Marsala

Approvazione: Direttore Sanitario Aziendale: Dr. Gaetano Buccheri



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione

**Gestione dei casi sospetti ed
accertati di Scabbia in
ambito ospedaliero**

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 2 di 14

Elenco Redattori	Elenco Firme
Dott.ssa M. A Prestigiacomò	
Dott.ssa A Sanfilippo	
Dott.ssa C Iaria	
Dott.ssa C. Colomba	
Dott. A. Geraci	
Dott. D. Cipolla	
Dott.ssa L. Marsala	
Dott. M. Crema	
Dott.ssa Z. Picciuca	



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 3 di 14

Premessa

La scabbia è una malattia della pelle causata da un acaro, il *Sarcoptes Scabiei* che causa un intenso prurito. Si tratta di un disturbo contagioso che può diffondersi in modo molto rapido, ma che può essere risolto altrettanto rapidamente.

La scabbia è pandemica essendo diffusa in tutto il Mondo, e periodicamente, può dare origine a piccoli focolai epidemici.

La malattia può colpire chiunque, in qualunque fascia di età, senza distinzione di sesso o etnia, indipendentemente dal livello sociale o dall'igiene. Tuttavia, i viaggi in aree endemiche, le condizioni di promiscuità e lo scarso livello igienico-sanitario costituiscono fattori di rischio. Più spesso sono interessati giovani adulti (che si trasmettono l'acaro per contatto sessuale) o anziani costretti a letto da malattie.

L'immunodepressione ne aggrava, inoltre, il decorso.

1. Introduzione

La malattia inizia con la comparsa di una lesione papulare, intensamente pruriginosa, a carico della cute. Il prurito è generalmente più intenso di notte ed è legato a reazioni da ipersensibilità del soggetto all'acaro. Le femmine adulte degli acari scavano negli strati superficiali dell'epidermide veri e propri cunicoli, in fondo ai quali depositano le uova. Il tipico cunicolo dell'acaro si presenta come una linea tortuosa e filiforme in genere mascherato da lesioni da grattamento. Le lesioni si localizzano soprattutto tra gli spazi interdigitali delle mani, sulle superfici anteriori dei polsi e dei gomiti, nelle pieghe anteriori delle ascelle, in corrispondenza della linea della vita, nelle regioni inferiori delle natiche. Nei bambini di età inferiore a due anni, l'eruzione è spesso vescicolosa con frequente localizzazione sulla testa, collo, palmo delle mani e pianta dei piedi, zone di solito risparmiate nei bambini più grandi e negli adulti. Se un paziente affetto da scabbia si gratta sulle zone di pelle colpite dal prurito, aumenta le possibilità che la pelle colpita sia infettata anche dai batteri (come ad esempio l'impetigine).

La fonte di infestazione è l'uomo. La malattia viene infatti trasmessa attraverso un contatto stretto e prolungato cute-cute con la persona infetta o attraverso i rapporti sessuali e a volte a seguito di manipolazione di biancheria, asciugamani e lenzuola contaminate.

Altra forma di scabbia è quella crostosa (o norvegese) è una forma grave d'infestazione che può verificarsi in pazienti con sistema immunitario gravemente indebolito (anziani, in trattamento immunosoppressivo, ...); è caratterizzata dalla presenza di spesse croste che contengono un gran numero di acari a uova, rendendo quindi il soggetto particolarmente contagioso anche in forma indiretta (attraverso oggetti come vestiti e mobili e la manipolazione di biancheria, asciugamani e lenzuola contaminate).

In alcuni casi questi pazienti non mostrano la classica eruzione cutanea né l'intenso prurito, ciononostante è richiesto un trattamento rapido e aggressivo per evitare complicazioni e ridurre il rischio d'insorgenza di focolai di contagio che potrebbero risultare particolarmente ostici da risolvere.

Il periodo di incubazione nei soggetti senza una precedente esposizione varia tra le 4 e le 8 settimane; nei casi di pregresse esposizioni i sintomi insorgono 1-4 giorni dopo la riesposizione all'acaro.

La trasmissione avviene per tutto il periodo in cui il paziente rimane infestato e non trattato, compreso il tempo di incubazione che precede la comparsa dei sintomi. Generalmente, dopo 24/48 ore di appropriata terapia, il paziente non è più contagioso. L'acaro, se non è a contatto con la cute, non sopravvive per più di 48/72 ore.



I conviventi/contatti familiari stretti/partner sessuali devono tutti eseguire il trattamento in contemporanea, anche se asintomatici, al fine di prevenire eventuali reinfestazioni in ambito familiare. Contestualmente devono essere trattati gli indumenti e la biancheria. Il trattamento deve essere ripetuto a distanza di una settimana. Poichè i sintomi della scabbia sono legati a reazioni da ipersensibilità all'acaro, il prurito può persistere per alcune settimane nonostante l'efficacia del trattamento.

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

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

2.scopo /Obiettivi

Scopo:

Definire e descrivere le modalità di identificazione precoce del paziente affetto da dermatite provocata da *Sarcoptes scabiei* (varietà *hominis*), la profilassi, le misure di prevenzione della trasmissione, il trattamento

Obiettivi:

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

3. Campo di Applicazione

Il presente documento si applica a tutti i casi potenzialmente sospetti e/o accertati di scabbia in pazienti e operatori sanitari nei presidi Civico e G. Di Cristina

4. Modifiche alle revisioni precedenti

Prima stesura

5. Definizioni

Definizione di caso

Probabile: presenza di sintomi clinici compatibili, accompagnati o meno da esposizione documentata a contagio.

Confermato: riscontro al microscopio dell'acaro, delle uova o delle feci nei cunicoli oppure da un quadro clinico tipico.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 5 di 14

Definizione di contatto:

Pazienti che abbiano condiviso gli spazi con il caso di scabbia o operatori che in seguito ad assistenza con una persona infestata abbia avuto possibilità di acquisire l'infestazione a seguito di frequenti contatti cutanei con il caso o indirettamente attraverso lenzuola o biancheria. In generale i contatti vengono suddivisi, sia per l'esposizione comunitaria che per l'esposizione ospedaliera in:

- **ad alto rischio:** conviventi, partner sessuali e coloro che hanno frequenti contatti cutanei con il caso indice,
- **a basso rischio:** coloro che hanno contatti indiretti attraverso oggetti o materiali venuti a contatto con il soggetto.

Epidemia: Due o più casi concomitanti, che abbiano interessato i pazienti/ospiti e/o i membri dello staff assistenziale, o quando si verificano due o più casi consecutivi di scabbia entro 4 o 6 settimane l'uno dall'altro.

Isolamento: Attuazione di tutte le misure atte a prevenire la trasmissione per contatto cutaneo diretto o indiretto dell'agente infettivo.

DMP: Direzione Medica di Presidio

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale

SS: Sorveglianza Sanitaria

OPS: Operatore Professionale Sanitario

MC: Medico Competente

6. Descrizione delle attività

La scabbia è un tipo di patologia verso la quale occorre sempre mantenere un elevato indice di sospetto. In presenza di segni, sintomi o elementi anamnestici coerenti con il sospetto diagnostico, si dovranno mettere in atto misure in grado di fornire con tempestività una diagnosi di conferma o di esclusione.

NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA:

La scabbia rientra tra le patologie di classe quarta secondo il Decreto Ministeriale 15/12/1990). In caso di scabbia, il medico il consulente dermatologo, deve compilare ed inviare via e mail alla Direzione Medica di Presidio la notifica di caso utilizzando il modello ministeriale (modulistica su sito intranet, alla sezione documenti> modelli di documento>moduli notifica malattie infettive, al seguente link:

<http://172.16.64.163/index.php/modelli-documento/moduli-notifica-malattie-infettive>

(Allegato A)

TERAPIA:

Nella scabbia possono essere usati vari topici (latti, polveri, creme, unguenti, ecc.). In commercio esistono diversi prodotti per la terapia locale, principalmente benzoato di benzile al 10- 20% e permetrina al 5%, la terapia inoltre prevede ivermectina e localmente crotamitone al 10%, da utilizzare nei casi di resistenza al benzoato o alla permetrina che attualmente è considerato il trattamento più efficace e meglio tollerato

La terapia di scelta in età pediatrica è la permetrina al 5% in crema, da applicare su tutto il corpo dopo adeguata detersione e da rimuovere con acqua dopo 8-14 ore. La terapia va ripetuta dopo 7 giorni.

In relazione al setting assistenziale, la gestione del paziente affetto da scabbia prevede alcune misure da adottare



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione

Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 6 di 14

6.1 Paziente con sospetto di scabbia che accede al PS

Nel caso di soggetti afferenti in Pronto Soccorso con sospetto clinico, il personale di assistenza deve aver cura di:

1. limitare il più possibile gli spostamenti ed i contatti del soggetto con terzi;
2. osservare durante l'assistenza al paziente le precauzioni da contatto in aggiunta alle precauzioni standard, per le quali si rimanda alla Procedura Aziendale adottata con Delibera 765/2020; in particolare: lavare accuratamente le proprie mani prima e soprattutto dopo la rimozione dei guanti monouso usati per la visita, che andranno smaltiti nel contenitore rifiuti speciali.
3. se il sospetto di scabbia sussiste, deve richiedere per la conferma la consulenza dermatologica, nei giorni e nelle ore di presenza dello specialista in ospedale; in assenza del dermatologo, richiedere consulenza infettivologica. Qualora lo specialista non fosse disponibile nell'immediato porre intanto il paziente in isolamento da contatto, possibilmente in una stanza riservata dotata di servizi igienici; ove ciò non fosse attuabile, realizzare provvisoriamente una separazione spaziale non inferiore ad 1.5 metri da altri utenti e riservargli l'uso di un bagno. Le consulenze andranno espletate preferibilmente in PS, al fine di limitare contatti e spostamenti del soggetto. (Si rammenta che i contatti fugaci non sono efficaci per il contagio).

6.2. Paziente con conferma di diagnosi di scabbia in PS

In caso di conferma diagnostica il consulente Dermatologo o infettivologo deve compilare il modello di notifica di malattia infettiva utilizzando il modello ministeriale (Allegato A) ed inviarlo alla Direzione Medica di Presidio.

Al paziente andranno fornite tutte le informazioni del caso (comportamentali e sulle misure di sorveglianza che verranno attuate a cura dell'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente sui contatti familiari);

Alla dimissione dal PS occorre consegnare al paziente la documentazione attestante la diagnosi di scabbia, da destinare al medico curante o al pediatra curante

Il Direttore U.O. e il coordinatore infermieristico, o loro delegati/sostituti, deve:

1. raccogliere in una lista i nominativi degli operatori che in PS hanno avuto contatti potenzialmente contagianti con il soggetto e inviarla alla Direzione Medica e alla Sorveglianza Sanitaria, conservandone una copia;
2. richiedere adeguata sanificazione all'azienda incaricata delle pulizie: dopo la dimissione del paziente dal PS, avendo cura di provvedere alla disinfezione dei materiali non monouso utilizzati (es. bracciale dello sfigmomanometro), prima del successivo utilizzo.

6.3 PAZIENTE CON SCABBIA SOSPETTA O ACCERTATA IN AREA DI DEGENZA

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

Nel caso di paziente minore, si rende necessario il contemporaneo trattamento del commorante per evitare la reinfestazione del paziente degente.



In presenza di un caso probabile od accertato procedere come descritto nelle seguenti tabelle sinottiche.

6.3.1 Collocazione del degente

- Il paziente deve essere posto, se possibile, in camera singola, allo scopo di facilitare l'isolamento da contatto.
- Posizionare all'interno della camera l'occorrente necessario per garantire l'isolamento: Dispositivi Medici e presidi per l'assistenza al paziente personalizzati, contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo
- In alternativa alla camera singola, più pazienti affetti da scabbia, nella stessa fase di trattamento, possono condividere la stessa camera (coorte), facendo attenzione ad assicurare un'adeguata separazione spaziale, superiore a un metro e mezzo.
- Evitare di collocare nella stessa stanza pazienti che sono più a rischio di contagio (ad es. pazienti immunocompromessi).
- L'isolamento da contatto deve essere mantenuto per 24 ore dall'inizio del trattamento terapeutico

6.3.2 Guanti e lavaggio delle mani

Effettuare il lavaggio delle mani all'ingresso e all'uscita della camera con gel idroalcolico o con acqua e sapone, dopo aver rimosso i guanti, che andranno smaltiti nel contenitore dei rifiuti sanitari a rischio infettivo

6.3.3 Dispositivi di Protezione Individuale

Posizionare all'esterno della camera o nelle immediate vicinanze un carrello con i DPI necessari. Indossare camici monouso, copricapo, anche durante la manipolazione di effetti lettereci (es. rifacimento del letto). Tutto il materiale va eliminato nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo, direttamente nella stanza del paziente.

6.3.4 Attrezzature per l'assistenza al degente

Personalizzare gli strumenti necessari per l'assistenza al paziente (sfigmomanometro, fonendoscopio, etc.) e disinfettarli al termine dell'isolamento. La documentazione clinica ed assistenziale deve essere consultata ed aggiornata al di fuori della camera di degenza, dopo aver rimosso i dispositivi di protezione ed aver eseguito il lavaggio delle mani.

6.3.5 Effetti lettereci e biancheria

- Il personale deve indossare i DPI (vedi paragrafo 6.3.3)
- Effettuare il rifacimento completo del letto e il cambio della biancheria personale del malato giornalmente.
- Ad ogni cambio, la biancheria deve essere posta nei sacchi biodegradabili di colore rosso richiusi presso il letto del paziente prima di inviarli in lavanderia, e recanti la scritta "BIANCHERIA INFETTA"
- Avvisare la lavanderia dell'invio di biancheria contaminata da scabbia
- Sostituire il materasso, il guanciale dopo le prime 24 ore di trattamento. Sostituirle nuovamente alla dimissione.
- Rimuovere con attenzione la biancheria del letto, evitando qualsiasi scuotimento.
- Gli indumenti dei pazienti devono essere cambiati tutti i giorni, una volta rimossi devono essere trattati con lavaggio a 60°; i capi che non possono essere lavati a tale temperatura vanno riposti in sacchetti di plastica e chiusi ermeticamente per almeno 7 gg.
- È consigliabile l'uso di biancheria personale di cotone. Evitare di far indossare al paziente golfini o indumenti di lana.



6.3.6 PULIZIA E GESTIONE RIFIUTI

6.3.7 Eliminazione dei rifiuti

Posizionare all'interno della camera di degenza un contenitore per i "RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO" dove eliminare direttamente tutto il materiale non riutilizzabile venuto a contatto con il paziente.

6.3.8 Pulizia ambientale

Avvisare il personale addetto al Servizio di Sanificazione di eseguire le attività di sanificazione e disinfezione routinaria della camera (arredi e suppellettili) dopo la pulizia delle altre camere di degenza, utilizzando prodotti a base di cloro. In particolare, detto personale deve indossare i DPI idonei (copricapo, camice monouso, guanti monouso), e avere cura di detergere e disinfettare l'unità del malato ponendo attenzione agli arredi e suppellettili (tavolini, sedie, sostegni per fleboclisi, ruote dei letti) evitando di rimuoverli dalla stanza. Al termine delle operazioni di sanificazione il personale addetto deve eliminare tutti i DPI nei contenitori dei rifiuti speciali a rischio infettivo.

7 DIMISSIONI E TRASFERIMENTI PAZIENTE

7.1 Trasferimenti del paziente intra ed extra-ospedalieri

I trasferimenti dei pazienti affetti da scabbia in fase contagiosa devono essere circoscritti ai casi di assoluta necessità. In queste circostanze è necessario informare gli addetti al trasporto ed il personale della struttura presso la quale viene trasferito o i servizi diagnostici dove viene inviato perché mettano in pratica le precauzioni necessarie.

Eventuali lesioni cutanee devono essere coperte con medicazioni sterili.

7.2 Precauzioni alla dimissione

Trattare materassi e cuscini come descritto al paragrafo 6.3.5. Eseguire pulizia a fondo e disinfezione 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.

8. INFORMAZIONI AI PAZIENTI E VISITATORI

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

Visitatori: Limitare l'affluenza di visitatori nel periodo di contagiosità del paziente. Dopo le 24 h dal trattamento, regolamentare comunque l'accesso dei visitatori e informarli sulle norme igieniche da osservare durante l'incontro con il degente e nella gestione dei suoi effetti personali. Invitare i conviventi ed i contatti stretti a consultare il medico di famiglia per un eventuale trattamento.

Dare informazioni circa le modalità di trattamento e di trasporto della biancheria, abiti e altro materiale proveniente dal malato

9. GESTIONE DI UN CASO AMBULATORIALE

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

- Eliminare tutto il materiale monouso venuto a contatto con il paziente
- Disinfettare tutte le superfici e di dispositivi riutilizzabili venuti a contatto con il paziente, utilizzando per la disinfezione una soluzione di cloro
- Se l'operatore è venuto a contatto diretto con il paziente senza DPI (camice e guanti) eseguire il lavaggio delle mani e sostituire immediatamente la divisa



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione

Gestione dei casi sospetti ed accertati di Scabbia in ambito ospedaliero

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 9 di 14

- Il Coordinatore dovrà redigere l'elenco degli operatori esposti al caso compilando l'apposito modulo che verrà trasmesso alla Sorveglianza Sanitaria
- Il medico che ha in carico il caso sospetto/accertato invierà notifica alla Direzione Medica di Presidio

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

In linea generale vengono individuati due gruppi di contatti:

Contatti ad alto rischio: 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 indice è affetto da scabbia norvegese.

Elemento fondamentale per la messa in atto di una efficace profilassi è il coordinamento e la contemporaneità di intervento su tutti i potenziali contatti al fine di interrompere concretamente la catena di contagio.

Per i degenti, la sorveglianza e l'eventuale trattamento profilattico dei contatti sono responsabilità della UO di ricovero che si avvalgono della consulenza della UO Dermatologia o della UO Malattie Infettive.

GESTIONE DEGLI OPERATORI CONTATTI DI UN CASO

In caso di sospetto di scabbia a carico di un operatore, lo stesso va allontanato dall'attività lavorativa e inviato a valutazione dermatologica.

Se il caso non è confermato, il lavoratore può tornare in servizio, viceversa, in caso di diagnosi accertata va inviata la scheda di notifica alla Direzione Medica di Presidio e iniziata la terapia. I lavoratori sottoposti a trattamento con finalità terapeutiche sono ammessi al rientro in turno a 24 h dalla fine del primo ciclo di applicazione di benzoato di benzile o di permetrina; sulla base delle condizioni cliniche, tuttavia, sarà valutata dal Medico Competente e dallo specialista Dermatologo l'opportunità di un procrastinamento del rientro in servizio.

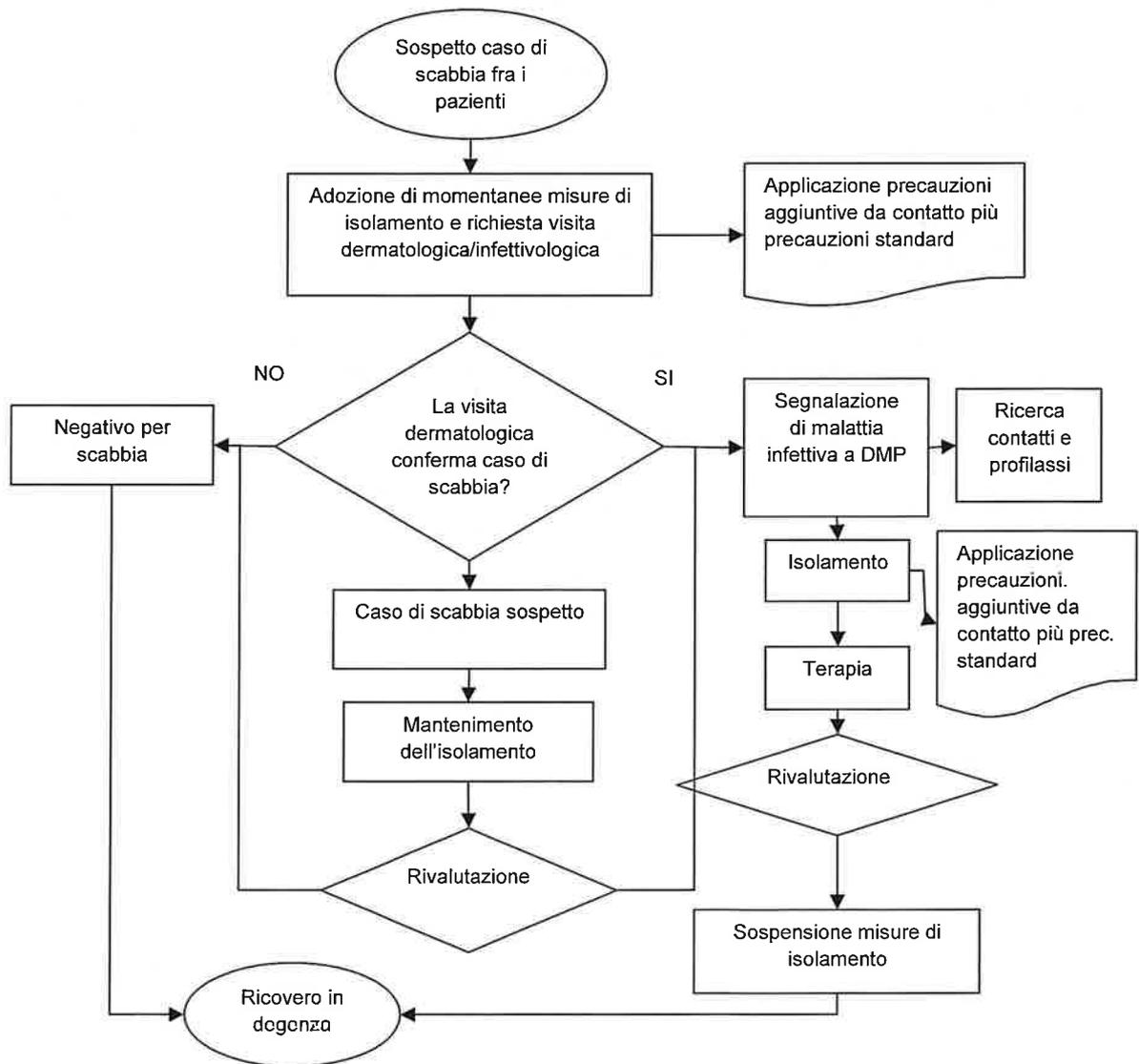
Per gli operatori che siano stati definiti semplicemente come "Contatti" non è prevista la sospensione dell'attività lavorativa in corso di trattamento a finalità preventive.

Gli operatori coinvolti dovranno rimuovere tutte le divise contenute all'interno dell'armadietto inserendole in un sacco rosso per l'invio al servizio di lavanderia. L'armadietto dovrà poi essere sanificato accuratamente dall'operatore con una soluzione di cloro (utilizzare copricapo, camice monouso e guanti durante le operazioni di disinfezione)

In caso di operatore sanitario risultato positivo al controllo dermatologico richiesto dal Medico Competente, il Dermatologo, oltre a prescrivere la terapia e inviare la notifica al DMP deve sospendere l'operatore dal lavoro per le 24 h successive dall'inizio della terapia, che verrà fornita dalla U.O. Farmacia, e dovrà compilare il certificato di malattia sul portale INPS.

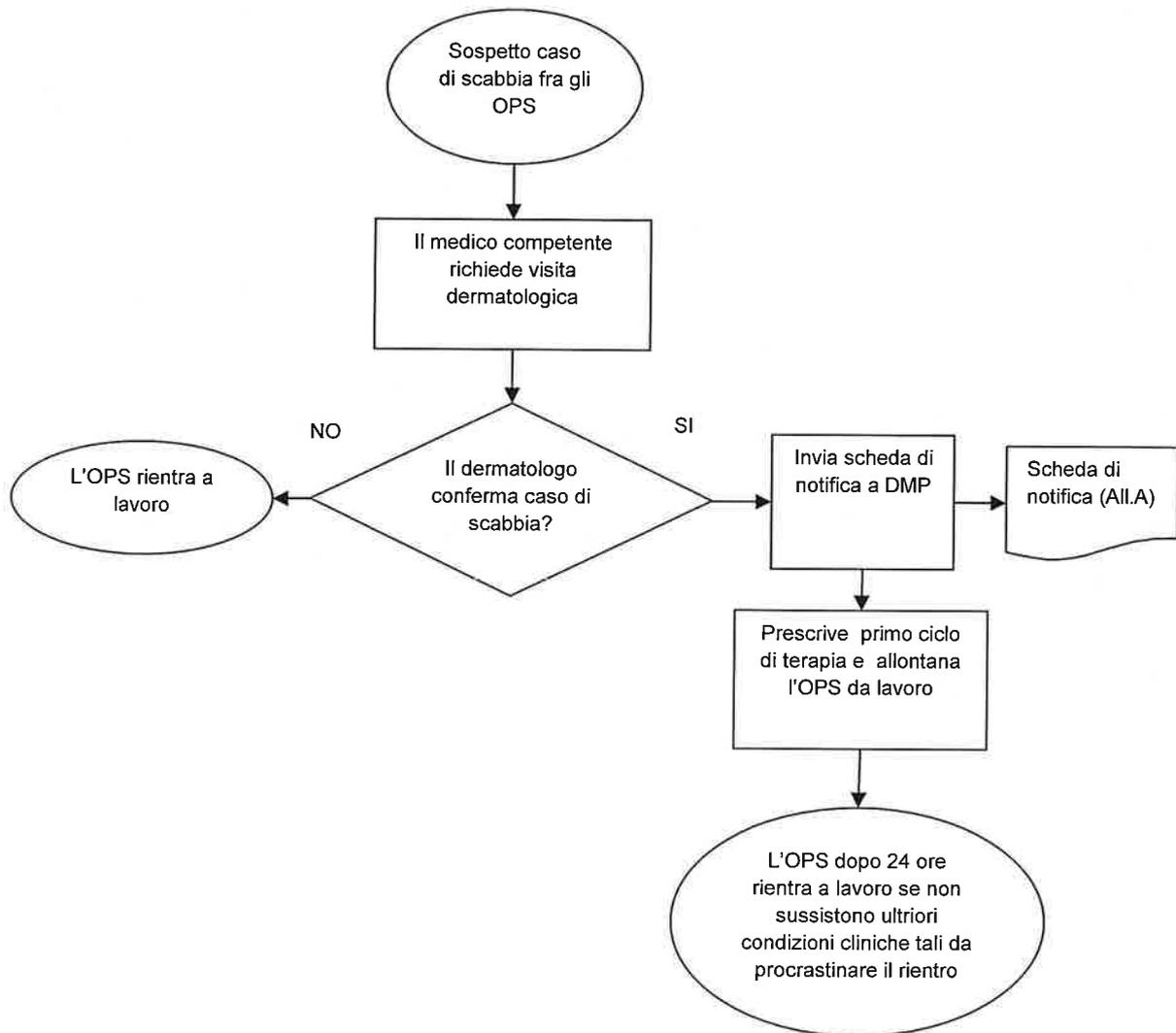


8. Diagramma di flusso N° 1 (Pazienti)





8. Diagramma di flusso N°2 (OPS)





Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

**Gestione dei casi sospetti ed
accertati di Scabbia in
ambito ospedaliero**

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 13 di 14

9. Indicatori

Numero focolai epidemici in ospedale/caso indice

10. Riferimenti/Allegati

RIFERIMENTI

Procedura 765/2020

"Le precauzioni standard e le precauzioni basate sulle modalità di trasmissione"

Documento Aziendale "Scabbia e misure di prevenzione"

Indicazioni da seguire nell'assistenza ai pazienti affetti da scabbia per prevenire la trasmissione intraospedaliera

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";

Circolare 17 marzo 2016 n. 0007348 "Chiarimenti applicativi art. 21 del DL n. 151 del 2015";

Decreto Legislativo 14 settembre 2015, n. 151 "Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183;

DPR 30 giugno 1965, n. 1124 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali"

Progetto INF-OSS "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza"- Marzo 2009;

Circolare Assessorato della Sanità, Regione Sicilia, n1047 del 27 Marzo 2001:"Lotta alle infezioni ospedaliere; elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi";

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";

Circolare Assessorato della Sanità, Regione Sicilia, n.937 del 5 settembre 1997: "Attuazione direttiva ministeriale n. 1400.2/26/472 del 27 gennaio 1997";

Decreto Ministero della Sanità 15 dicembre 1990: Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive;

Cariti, Sciandra - "Prevenzione delle infezioni nosocomiali". Minerva Medica. 2004.

Colasanti et al. - "La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Procedure, linee guida, protocolli". Editore Carocci, 2004;

Sesti E, Prodi EM - "Buone pratiche d'uso degli antisettici e dei Disinfettanti, Formatidea", 2004;

Guideline for Isolation Precautions in Hospital. Center for Disease Control, Atlanta, U.S.A. 1996;

Abram S. Benenson "Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili" sedicesima edizione", DEA editore, 1995;



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione

**Gestione dei casi sospetti ed
accertati di Scabbia in
ambito ospedaliero**

Rev 0/0
Data 14/02/2024
Pagina 14 di 14

Finzi G et al. – “Governare e gestione dell'Igiene” – Manuale pratico. Il pensiero Scientifico editore, 2006;

www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area1/Inf_Oss/Glossario_Ica.pdf

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=210&area=Malattie_infettive.

Allegati: (All.A) Scheda di denuncia obbligatoria di focolaio epidemico - Classe IV (Ministero della Salute)

11. Lista di Distribuzione

Il presente documento è rivolto a tutte le UU.OO dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli

ALL. A

Colore bianco - cinque copie autocopianti
Istruzioni sul retro

Da inviare a Regione - ISTAT - Ministero - ISS

Allegato 5
Ministero della Sanità
Mod. 15 Sanità pubblica
Classe IV

SCHEDA DI NOTIFICA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - CLASSE IV

Regione _____ [] [] Provincia _____ [] []
Comune _____ [] [] [] [] USL _____ [] []
Focolaio epidemico di _____
completare per esteso il tratto della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

132.0 Pediculosi
 133.0 Scabbia
 110 Dermatofitosi (Tigna)
 005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta: Famiglia
 Scuola
 Caserma
 altro spec. _____

N° totale di persone a rischio [1] _____

Indirizzo della comunità _____

Agente eziologico _____ Identificato Sospetto

Data inizio epidemia [2] _____ se l'epidemia si è esaurita, indicare la durata [3] _____
gg mm aa giorni

... di casi [4] _____

Presunto luogo di origine dell'epidemia : _____
Se in Italia indicare USL e Regione; se all'estero indicare Stato

Data di notifica _____ Sanitario che ha compilato la notifica _____
gg mm aa

Recapito _____ Tel. _____

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
MODELLO 15 – CLASSE IV**

Le modalità di notifica sono riportate sul D.M. 15 dicembre 1990

Si definisce «focolaio epidemico» il verificarsi di due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.), o comunque esposti ad una comune fonte di infezione.

- [1] Compilare con il numero complessivo delle persone presenti nella comunità coinvolta (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.), o verosimilmente esposte al contagio.
- [2] Data inizio sintomi del primo caso osservato.
- [3] Distanza in giorni tra l'inizio dei sintomi del primo caso e l'inizio dell'ultimo caso.
- [4] Numero complessivo di casi della stessa malattia riconducibili alla medesima fonte di infezione.