

originale

copia controllata informatica

N. _____

copia controllata cartacea _____

distribuzione interna a cura del

copia non controllata

bozza

La presente procedura serve a definire e rendere omogenee le norme comportamentali da adottare in caso di contatto del personale sanitario con soggetti affetti da scabbia, al fine di procedere all'isolamento di detti casi. Pertanto vengono definite le modalità di profilassi e di limitare la propagazione.

Redazione

Patrizia Bellocchi, Dirigente Medico Direzione Medica PP.OO. V. Emanuele - Ferrarotto, S. Bambino. **Giuseppe Coco**, Dirigente Medico Direzione Medica PP.OO. V. Emanuele - Ferrarotto, S. Bambino. **Daniela Cutuli**, Dirigente Medico Direzione Medica, P.O. G. Rodolico. **Salvatore Galeano**, Infermiere Direzione Medica, PP.OO. V. Emanuele - Ferrarotto, S. Bambino. **Maria Patrizia Gozzi**, Infermiera Direzione Medica, PP.OO. V. Emanuele - Ferrarotto, S. Bambino. **Mangano Giuseppe**, Dirigente Medico Direzione Medica PP.OO. V. Emanuele - Ferrarotto, S. Bambino. **Montineri Arturo**, Direttore Medico ff U.O Malattie Infettive PO Ferrarotto. **Maurizio Pettinato**, Direttore U.O Dermatologia PO V. Emanuele. **Ragusa Rosalia**, Dirigente Medico Direzione Medica, P.O. G. Rodolico. **Carmelo Russo**, Responsabile Servizio Infermieristico P.O. Vittorio Emanuele Ferrarotto. **Rosaria Di Stefano**, Infermiere Direzione Medica, P.O. G. Rodolico. **Alessandro Lombardo**, Infermiere addetto al controllo delle infezioni P.O. G. Rodolico. **Giuseppe Micali**, Direttore U.O. Clinica Dermatologica P.O. G. Rodolico. **Letizia Musumeci**, Dirigente Medico U.O. Clinica Dermatologica P.O. G. Rodolico. **Rosa Raciti**, Responsabile Servizio Infermieristico, P.O. G. Rodolico

Verifica

Vincenzo Parrinello, Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Approvazione

Santa Adele Carini, Direttore Medico PO G. Rodolico

Patrizia Bellocchi, PO Vittorio Emanuele - Ferrarotto, S. Bambino

Ratifica

Antonio Lazzara, Direttore Sanitario

La presente procedura è la revisione della ed. 0 rev. 00 del 04 febbraio 2009, aggiornata per adeguarla agli standard Joint Commission: Prevenzione e Controllo delle infezioni, adottati dalla Regione Sicilia con Decreto Assessoriale 12 agosto 2011 "Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del Rischio Clinico", pubblicato nella GURS n. 39 del 16 settembre 2011. La procedura soddisfa inoltre i requisiti di cui alla circolare dell'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia n. 1047 del 27 Marzo 2001 "Lotta alle infezioni ospedaliere; elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi".



PREMESSA

Il presente regolamento è stato predisposto al fine di soddisfare il punto 6 della norma UNI EN 15224:2017 "Applicazione della EN ISO 9001:2015 per la cura della salute" "Pianificazione", il punto 8.1 "Pianificazione e controllo operativi" che richiede che l'organizzazione debba pianificare, attuare e tenere sotto controllo i processi necessari per soddisfare i requisiti per la fornitura di prodotti ed erogazione di servizi e per attuare le azioni determinate al punto 6 (pianificazione):

- a) *determinando i requisiti per i prodotti e servizi;*
- b) *stabilendo i criteri per:*
 1. *i processi;*
 2. *l'accettazione di prodotti e servizi;*
- c) *determinando le risorse necessarie per conseguire la conformità ai requisiti relativi ai prodotti e servizi;*
- d) *attuando il controllo dei processi in conformità ai criteri;*
- e) *determinando, mantenendo e conservando le informazioni documentate nella misura necessaria:*
 1. *ad avere fiducia che i processi siano stati effettuati come pianificato;*
 2. *per dimostrare la conformità dei prodotti e servizi ai relativi requisiti.*

ed il punto 8.2.2 "Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi", che richiede che l'organizzazione, nel determinare i requisiti dei prodotti e dei servizi da offrire ai clienti, debba assicurare che:

- a) *siano definiti i requisiti dei prodotti e servizi, compresi:*
 1. *ogni eventuale requisito cogente applicabile;*
 2. *quelli ritenuti necessari dall'organizzazione;*
- b) *l'organizzazione sia in grado di corrispondere a quanto essa dichiara in relazione ai prodotti e servizi offerti.*

In questa procedura vengono stabilite le modalità necessarie per effettuare le attività di produzione ed erogazione del servizio in condizioni controllate.

Tali condizioni comprendono:

- a) la disponibilità di informazioni che descrivano le caratteristiche del prodotto;
- b) la disponibilità di istruzioni di lavoro, ove necessarie;
- c) l'utilizzazione di apparecchiature idonee
- d) l'attuazione del monitoraggio e della misurazione;

In particolare, vengono descritte le modalità necessarie per:

1. Ottenere una adeguata profilassi della Scabbia, mediante l'adozione puntuale delle misure di isolamento previste e la sorveglianza dei casi e dei contatti ospedalieri, allo scopo di limitare la trasmissione interumana della malattia.
2. Assicurare un percorso condiviso, contestualizzato rispetto alle modalità organizzative della Struttura;



3. Assicurare e monitorare la tempestività della segnalazione dei casi di scabbia

La presente procedura concorre a soddisfare gli Standard Joint Commission: "Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI)":

- PCI. 7.1 "L'organizzazione riduce il rischio di infezione garantendo l'adeguatezza della pulizia e della sterilizzazione delle apparecchiature e una gestione appropriata della lavanderia e della biancheria."
- PCI. 8 "L'organizzazione predispone le precauzioni di barriera e le procedure di isolamento a protezione di pazienti, visitatori e operatori dalle malattie trasmissibili e protegge i pazienti immunosoppressi dall'acquisizione di infezioni alle quali sono particolarmente suscettibili".
- PCI.9 "Guanti, maschere, protezioni oculari, altri dispositivi di protezione, detergenti e disinfettanti sono disponibili e usati correttamente laddove richiesto"

contenuti nel Manuale JCI degli standard per l'accreditamento degli ospedali, adottato dalla Regione Sicilia con Decreto del 12 agosto 2011: "Approvazione dei nuovi standard JC per la prevenzione del rischio clinico", pubblicato sulla GURS n. 39 del 16 settembre 2011.

La procedura soddisfa inoltre i requisiti di cui alla circolare dell'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia n. 1047 del 27 Marzo 2001 "Lotta alle infezioni ospedaliere; elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi".

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti di vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia e il necessario grado di consenso.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità e rischio clinico all'indirizzo qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della stessa.



	INTRODUZIONE.....	7
1	SCOPO	9
2	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	9
3	RIFERIMENTI	9
4	TERMINI E DEFINIZIONI	10
4.1	Acronimi.....	11
5	DIAGRAMMA DI FLUSSO	13
6	RESPONSABILITÀ.....	15
7	ANALISI DEL RISCHIO.....	17
8	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	17
8.1	Segnalazione obbligatoria	17
8.2	Consulenza dermatologica	18
8.3	Isolamento per "precauzioni standard" e per "precauzioni basate sulla trasmissione".....	18
8.3.1	Collocazione del paziente	18
8.3.2	Igiene delle mani.....	18
8.3.3	Uso dei dispositivi di protezione individuale	19
8.3.4	Gestione delle attrezzature per l'assistenza al paziente.....	19
8.3.5	Gestione della biancheria	19
8.3.6	Gestione dei contatti.....	19
8.3.7	Sanificazione dell'ambiente.....	20
8.3.7.1	Disinfezione continua.....	20
8.3.7.2	Disinfezione terminale	20
8.3.7.3	Trasferimenti del paziente intra ed extra-ospedalieri	21
8.4	Verifica dell'isolamento	21
8.5	Gestione dei casi di scabbia e dei contatti tra il personale	21
8.6	Valutazione e controllo di un'epidemia di scabbia.....	25
9	INDICATORI	27
10	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ	27
11	ARCHIVIAZIONE	27
12	DOCUMENTI RICHIAMATI.....	27



INTRODUZIONE

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, dove depone le uova da cui, in alcuni giorni, si sviluppano i parassiti adulti.

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

La sintomatologia compare dopo un periodo variabile da 2 a 6 settimane dal contatto con l'acaro, ma 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, patognomiche 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.

La diagnosi di scabbia si pone sia in base all'anamnesi sia in base all'esame obiettivo clinico. E' 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 videodermatoscopia 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.

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 (benzoato di benzile, permetrina); 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.



La persistenza del prurito dopo la fine del trattamento è per lo più dovuta a fenomeni irritativi o di acarofobia; in una piccola percentuale di casi non va esclusa una recidiva della malattia. La situazione va comunque sempre valutata dal medico e dal consulente dermatologo per i provvedimenti del caso.

Considerata la scarsa resistenza degli acari nell'ambiente (massimo 1-2 gg.), la disinfestazione 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.

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.



1

SCOPO

Scopo della procedura è definire misure condivise di profilassi, da adottare nel caso di ricovero di un paziente affetto da scabbia presso una delle UU.OO. dell'Azienda ed assicurare l'applicazione omogenea delle misure di controllo nei confronti della malattia, con l'obiettivo di limitare i rischi di contagio, sia nei confronti di altri pazienti che del personale di assistenza.

2

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i contesti assistenziali dei PP.OO. afferenti all'AOU Policlinico Vittorio Emanuele.

3

RIFERIMENTI

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;

DOSSIER 123-2006 –ISSN1591-223X - Agenzia Sanitaria Regionale Regione Emilia Romagna- Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria- Sorveglianza e controllo rischio infettivo;

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 diffuse;

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;

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.

4

TERMINI E DEFINIZIONI

Caso	Persona che ha sviluppato una malattia o condizione oggetto dell'indagine epidemiologica.
Caso confermato di scabbia	E' definito dal riscontro dell'acaro, delle uova o delle feci nei cunicoli, al microscopio o mediante esame videodermatoscopico, oppure da un quadro clinico tipico
Caso indice	Il primo caso di malattia, che introduce il contagio nel gruppo
Caso probabile di scabbia	E' definito dalla presenza di sintomi clinici compatibili, accompagnati o meno da esposizione documentata al contagio.
Cluster	Gruppo di casi di una malattia o altro evento correlato alla salute, che si verificano in un determinato momento o luogo; il numero dei casi può essere o meno statisticamente superiore rispetto al numero atteso; frequentemente il numero atteso non è conosciuto.
Cohorting	Pratica di sistemare o riunire i pazienti infetti o colonizzati con lo stesso agente infettivo, in modo da prevenire il contatto con pazienti suscettibili (cohorting dei pazienti). Nel corso di eventi epidemici, il personale sanitario può venire assegnato ad una coorte di pazienti per limitare ulteriormente la possibilità di trasmissione (cohorting dello staff).
Colonizzazione	Presenza o crescita di un microrganismo in un ospite in assenza di sintomi o danno cellulare.
Contaminazione	Presenza di un agente infettante a livello cutaneo/mucoso o ambientale (es. camici, strumenti chirurgici, letti), senza che via sia attività moltiplicativa, invasione dei tessuti e reazione immunitaria.
Contatti	Person e che siano venute a contatto con il soggetto malato, in condizioni tali da presumere che possano essere state contagiate.
Contatti Ospedalieri	Si intendono in questa sede i contatti <i>non protetti</i> intercorsi fra il paziente ed altri ricoverati e fra il paziente ed il personale di assistenza
Contatti stretti/ad alto rischio	conviventi, partner sessuali e coloro che hanno frequenti contatti cutanei con il caso indice.
Contatti a basso rischio	Coloro che hanno contatti indiretti, es. attraverso lenzuola o asciugamani.
Contumacia	Isolamento o restrizione dei movimenti di un malato, affetto da patologia infettiva contagiosa o di contatti sani con un soggetto malato, per la durata del periodo di incubazione della malattia.
Curva epidemica	Rappresentazione grafica della distribuzione di frequenze di casi di malattia che in un dato periodo di tempo mostrano un incremento rispetto alla norma.
Decontaminazione	Procedura, preliminare alla detersione, che si effettua su tutto il materiale riutilizzabile venuto a contatto con liquidi biologici potenzialmente infetti, allo scopo di ridurre la quantità di microrganismi e di facilitare le ulteriori operazioni di pulizia.
Denuncia di infortunio	Segnalazione obbligatoria, ai sensi del Decreto Ministeriale 30.6.1963 n.1124 "Testo unico delle segnalazioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", da parte del Datore di lavoro relativa ad eventi accidentali occorsi al proprio personale durante l'attività lavorativa. Le denunce vanno indirizzate all'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro.
Detergente	Sostanza che diminuisce la tensione superficiale tra la superficie da pulire e lo sporco, favorendone l'asportazione.
Detersione	Procedura che consiste nella rimozione dello sporco, mediante azione meccanica di strofinamento ed utilizzo di detergente e acqua, che porta ad una riduzione del numero di microrganismi presenti su superfici inanimate o tessuti viventi.
Disinfettante	Composto chimico antimicrobico in grado di distruggere/inibire i patogeni fino a ridurli a livelli di sicurezza. I disinfettanti di norma non agiscono sulle spore batteriche I prodotti chimici dotati di attività antimicrobica si dividono in disinfettanti (su oggetti inanimati come superfici, ferri chirurgici) e in antisettici (prodotti a bassa tossicità, destinati ad essere applicati su cute o tessuti viventi).



Disinfezione	La disinfezione è un processo che ha come obiettivo l'eliminazione della maggior parte dei microrganismi patogeni presenti, fino a ridurli a livelli di sicurezza
Disinfezione continua	Procedura che, con l'impiego di disinfettanti e tecniche appropriati, si propone di ridurre il numero dei germi patogeni per tutto il tempo durante il quale la sorgente d'infezione è attiva. Riguarderà in primo luogo i secreti e gli escreti provenienti dal soggetto infetto (feci, pus, urine, escreato), con cui vengono espulsi i microbi patogeni e tutti gli oggetti che possono restare contaminati (oggetti personali, stoviglie, biancheria) nonché le superfici e i pavimenti della stanza del malato, i mobili e le suppellettili, che devono essere ridotti al minimo.
Disinfezione terminale	Riguarda la eliminazione di materiale infetto e la disinfezione dell'ambiente dove ha soggiornato un paziente affetto da una malattia infettiva, dopo la dimissione.
Disinfestazione	Operazione diretta a distruggere insetti specifici o altri piccoli animali nocivi (in particolare artropodi), sia perché parassiti, vettori o riserve di agenti infettivi, sia perché molesti; può essere integrale, se rivolta a tutte le specie infestanti oppure mirata, se rivolta ad una singola specie (es. deblattizzazione, derattizzazione).
Dispositivo di Protezione Individuale (DPI)	Qualsiasi mezzo destinato ad essere indossato e tenuto dall'operatore allo scopo di proteggersi contro uno o più rischi suscettibili di minacciare la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa.
Epidemia	Il verificarsi di un numero di casi di una malattia o di un evento maggiore rispetto a quanto previsto, durante uno specifico periodo di tempo, in una data area o all'interno di uno specifico gruppo di persone e che abbiano la stessa origine.
Infermiere Addetto al controllo delle infezioni	Nella presente procedura individua il personale infermieristico identificato nella contingenza dalla Direzione Medica di Presidio fra quello riconosciuto competente al controllo delle infezioni: personale della DMP, dei Gruppi Operativi del CIO, etc
Infezione	Penetrazione in un organismo ospite di un microrganismo patogeno, che riesce a impiantarsi e moltiplicarsi, dopo averne superato i meccanismi di difesa. La risposta dell'ospite all'infezione può comportare sintomi clinici o può essere subclinica.
Isolamento	Separazione delle persone infette dalla persone non infette, allo scopo di prevenire la diffusione di un agente infettivo agli altri. L'isolamento può essere fisico o solo funzionale, quando si realizzi mediante l'adozione di precauzioni, standard e basate sulla trasmissione, atte ad impedire la trasmissione del microrganismo, anche in ambiente a più letti.
Parassita	Organismo animale o vegetale che vive sopra o dentro un altro organismo di specie diversa, detto ospite, e trae da esso i mezzi per la propria sussistenza, con proprio beneficio e danno per l'ospite. Il parassita non si limita a nutrirsi a spese dell'ospite, ma utilizza quest'ultimo come propria nicchia ecologica e gli affida in parte o totalmente il compito della regolazione dei rapporti di entrambi con l'ambiente esterno. I parassiti sono per definizione patogeni, attivamente o potenzialmente. Si distinguono in facoltativi (possono vivere anche indipendentemente dall'ospite) ed obbligati (dipendono strettamente dall'ospite per le proprie necessità). Si parla inoltre di ectoparassiti, che conducono vita parassitaria a contatto della superficie esterna dell'ospite (per es. pidocchi, pulci, vari acari, zecche), e di endoparassiti, che vivono invece all'interno del corpo dell'ospite (per es. protozoi, vermi).
Parassitosi	In campo medico, si intendono l'insieme di malattie infettive causate da agenti patogeni quali i parassiti.
Pulizia	Rimozione meccanica dello sporco o di materiale non desiderato da superfici, oggetti, ambienti confinati ed aree di pertinenza; viene eseguita di norma con l'impiego di acqua con o senza detersivi.
Sanificazione	Sanificare significa restituire in condizioni di sanità, vale a dire rendere igienicamente sano l'ambiente e le attrezzature, in modo da arrestare la diffusione microbica e il relativo anello della catena contaminante. E' quindi una metodica che si avvale di detersivi e di disinfettanti al fine di ridurre il numero di contaminanti microbici a livelli tollerati da soggetti sani; si avvale di quattro momenti ben distinti e cioè la pulizia vera e propria, la disinfezione, la disinfestazione e la sterilizzazione. Vi rientra anche il controllo del microclima in ordine alla temperatura, all'umidità ed alla ventilazione nonché all'illuminazione ed al rumore, quali elementi di salubrità ambientale.
Sorgente di infezione	L'ospite. umano o animale, di un microrganismo patogeno, da cui questo può essere trasmesso ad altri soggetti recettivi della stessa specie o di specie diversa. Sorgente di infezione sono non solo i soggetti malati ma anche i portatori.

4.1

Acronimi

UUOO	Unità Operative
UO	Unità Operativa
DMP	Direzione Medica di Presidio
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
ICI	Infermiere addetto al controllo delle infezioni
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assistenza contro gli Infortuni sui Lavoratori



CIO	Comitato Lotta alle Infezioni Ospedaliere
UNI	Ente Nazionale Italiano di Unificazione
EN	Norma Europea
ISO	Organizzazione Internazionale di Standardizzazione
RQ	Referente Qualità

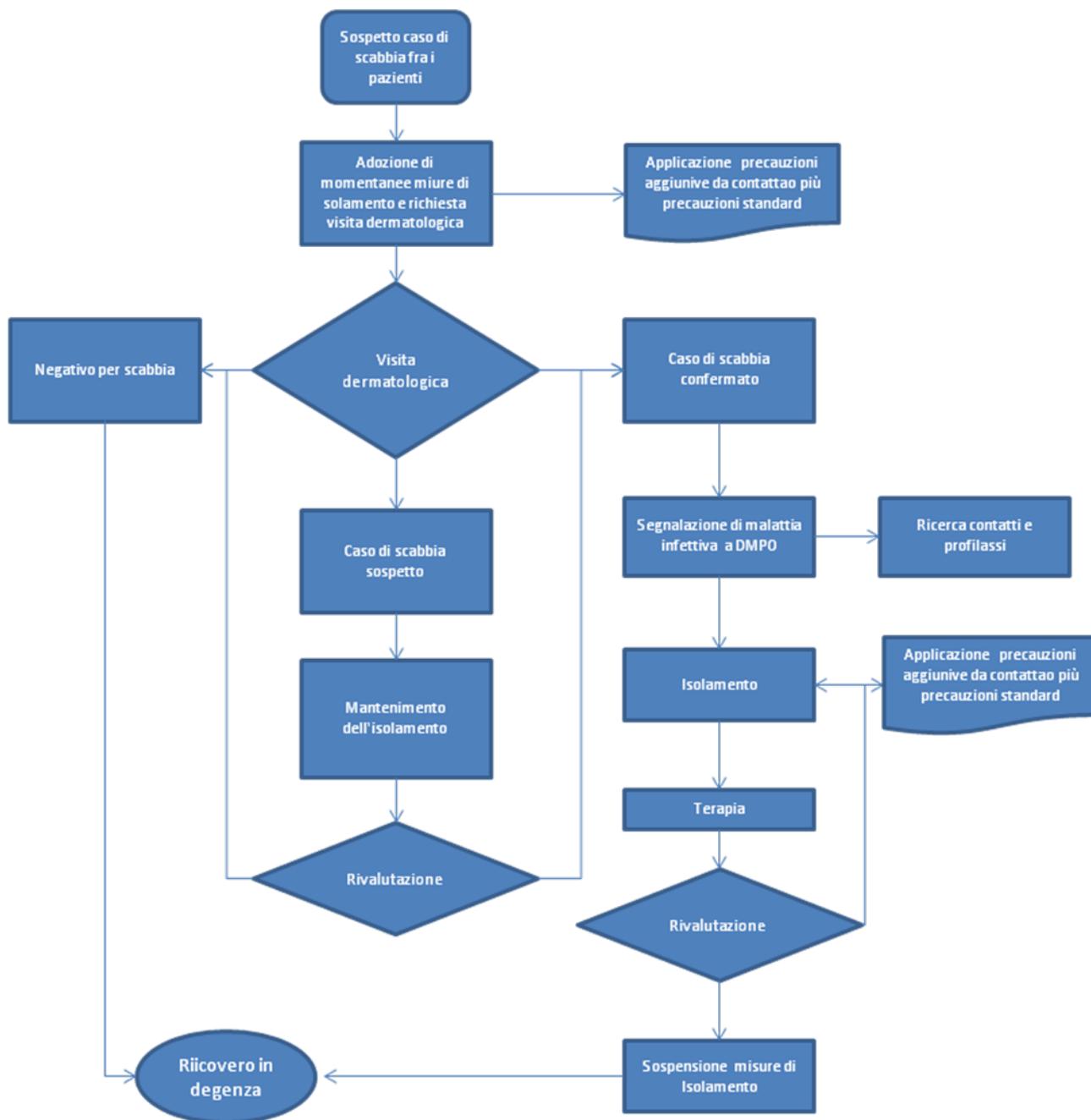


5

DIAGRAMMA DI FLUSSO

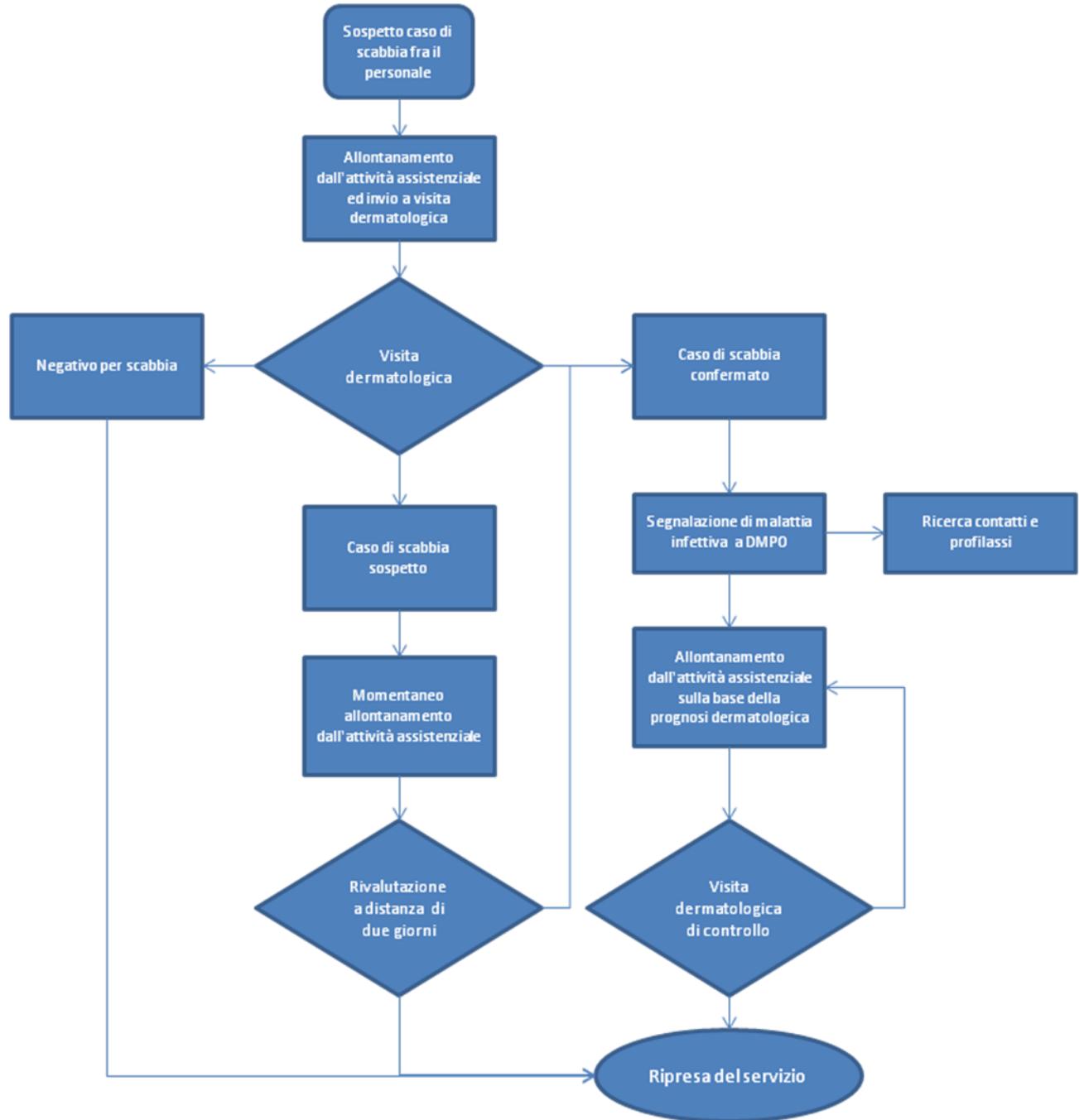
5.1

SOSPETTO CASO DI SCABBIA FRA I PAZIENTI



5.2

SOSPETTO CASO DI SCABBIA FRA IL PERSONALE



6

RESPONSABILITÀ

6.1

SOSPETTO CASO DI SCABBIA FRA I PAZIENTI

Attività	Personale Medico U.O. o di PS	Coordinatore infermieristico UU.OO. o PS	Direzione Medica di Presidio	Specialista in dermatologia	Farmacia	Direttore U.O.	Personale ausiliario	Servizio Infermieristico
Dispone misure di isolamento per sospetto caso di scabbia	R					C		
Effettua segnalazione di malattia infettiva a DMPO	R		C					
Richiede consulenza dermatologica	R			C				
Accerta caso di scabbia e prescrive terapia				R				
Conferma le misure di isolamento	R			R		R		
Trasmette all'ASP la scheda di segnalazione di malattia infettiva			R					
Avvia indagine sui contatti ed indagine nel caso di epidemia			R			C		C
Assicura rifornimento farmaci e dispositivi					R			
Rivaluta i casi sospetti				R				
Fornisce indicazioni sulle operazioni di sanificazione		R	C				C	C
Effettua pulizia e disinfezione		C					R	
Vigila sull'applicazione delle procedure di sanificazione		R						

Legenda: R = responsabile

C = coinvolto



6.2

SOSPETTO CASO DI SCABBIA FRA I DIPENDENTI

Attività	Medico U.O. o di PS	Coordinatore infermieristico UU.OO. o PS	Direzione Medica di Presidio	Specialista in dermatologia	Farmacia	Direttore U.O.	Datore di Lavoro	Servizio Infermieristico
Dispone allontanamento del dipendente con sospetto caso di scabbia	R		C			R		C
Effettua segnalazione di sospetta malattia infettiva a DMPO	R		C			R		C
Richiede consulenza dermatologica per il dipendente con sospetto caso di scabbia	R			C		R		
Redige e sottoscrive il rapporto di infortunio		R	C			R		
Esegue la visita				R				
In caso di scabbia prescrive la terapia				R				
Conferma le misure di allontanamento del dipendente				R		C		
Effettua notifica alla INAIL di infortunio		C	C	R		C		C
Trasmette all'ASP la scheda di segnalazione di malattia infettiva			R					
Avvia all'interno dell'H indagine sui contatti		C	R	C		C		R
Trasmette al Datore di lavoro il rapporto di infortunio			R				C	
Fornisce i farmaci per il trattamento					R			
Rivaluta i casi sospetti				R				
Riammette in servizio personale guarito		C	C			C	R	C



7

ANALISI DEL RISCHIO

Attività	criticità	Probabilità	Gravità delle conseguenze	Rilevabilità	IPR*	Azioni poste in essere
Diagnosi caso di scabbia	Ritardo nella diagnosi	5	10	5	250	Attivazione consulenza dermatologica
Isolamento paziente	Mancata applicazione misure isolamento	2	10	2	40	Indicazioni in procedura per isolamento pazienti
Assistenza	Rischio di contagio per il personale di assistenza	2	10	5	100	Applicazione misure di barriera
Trattamento biancheria	Non rispetto delle regole di trattamento biancheria	2	10	10	200	Formazione, conoscenza e corretta applicazione procedura aziendale

* IPR Indice di Probabilità di Rischio

8

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

In presenza di un caso sospetto o accertato di scabbia, è necessario attivare misure di isolamento /barriera e porre in essere una sequenza di comportamenti assistenziali finalizzati al controllo della diffusione dell'infezione ad altri pazienti ed al personale. In particolare, *in aggiunta alle precauzioni standard*, devono essere adottate *le precauzioni aggiuntive per infezioni trasmissibili per contatto*.

Tali misure vanno mantenute fino a 24 ore dopo l'inizio del primo ciclo di un trattamento terapeutico efficace o fino a quando lo specialista dermatologo non abbia escluso la scabbia dalle opzioni diagnostiche.

8.1

Segnalazione obbligatoria

La scabbia è malattia soggetta a segnalazione obbligatoria che, come anche per le altre malattie in classe IV, deve pervenire entro il termine massimo di 24 ore all'ASP, per i successivi adempimenti di notifica.

Il Medico che ha effettuato la diagnosi di scabbia, sospetta o accertata, pertanto, deve compilare la "Scheda di segnalazione di malattia infettiva" per malattia infettiva di IV Classe e trasmetterla alla Direzione Medica del Presidio (DMP) dell'Ospedale di riferimento, brevi manu o per fax, ai numeri:

- fax tel. 095-743.5281 per i PP.OO. Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino;
- fax tel. 095-33.83.11 per il PO G. Rodolico,

avendo riguardo dei termini previsti per la trasmissione obbligatoria all'ASP, entro il termine massimo di 24 ore.

La DMP di riferimento del Presidio Ospedaliero curerà il successivo inoltro al Servizio di Igiene Pubblica dell'ASP, al **Numero Fax: 0957170634 / 0957178103** (tel: **0952540126**), al fine anche di consentire la messa in atto dei provvedimenti profilattici previsti sui conviventi e/o la comunità, venuti a contatto con il paziente affetto da scabbia.



8.2 Consulenza dermatologica

Il Direttore dell'U.O. o il medico da lui delegato alla cura del paziente richiede la consulenza dermatologica urgente.

Lo specialista Dermatologo:

- provvede con immediatezza alla consulenza sul paziente ed effettua le prescrizioni terapeutiche e profilattiche, annotando l'esito e le risultanze della visita in cartella clinica.

8.3 Isolamento per "precauzioni standard" e per "precauzioni basate sulla trasmissione"

Tutto il personale sanitario e ogni altro soggetto coinvolto a vario titolo nell'assistenza - specializzandi, medici volontari, studenti, volontari di associazione, eventuali visitatori autorizzati, personale operante in out service (ristorazione, trasporti, ausiliario) - deve adottare, *in aggiunta alle precauzioni standard, le precauzioni aggiuntive per infezioni trasmissibili per contatto.*

8.3.1 Collocazione del paziente

Il paziente deve essere posto, se possibile, in camera singola, allo scopo di facilitare l'*isolamento da contatto.*

In alternativa alla camera singola, più pazienti affetti da scabbia, nella stessa fase di trattamento, possono condividere la stessa camera (*cohorting*), facendo attenzione ad assicurare un'adeguata separazione spaziale, superiore a un metro;

Evitare di collocare nella stessa stanza pazienti che sono a rischio di eventi avversi (immunocompromessi, ferite aperte, previsione di degenza prolungata).

L'isolamento da contatto deve essere mantenuto per 24 ore dall'inizio del trattamento terapeutico.

Gli indumenti personali del paziente devono essere posti dal personale ausiliario in sacchetti di plastica da consegnare allo stesso o alla famiglia, con la raccomandazione di sottoporli a lavaggio a temperatura superiore ai 60 °C. E'consigliato lasciare chiusi per quindici giorni nei sacchetti di plastica gli indumenti che non possono essere lavati ad alta temperatura, da pulire successivamente secondo le specifiche istruzioni riportate sull'etichetta dell'indumento stesso.

Il paziente ad eventuali visitatori autorizzati(es. familiari) devono essere informati sulla malattia e sui comportamenti da adottare, per evitare la diffusione del contagio. L'affluenza dei visitatori alla camera di degenza, nel periodo di contagiosità del paziente, deve essere limitata e deve essere raccomandato ai visitatori autorizzati di non toccare gli effetti lettereschi, la biancheria personale e ogni altro possibile veicolo di contagio, venuto a contatto con il paziente.

8.3.2 Igiene delle mani

Tutto il personale sanitario e ogni altro soggetto coinvolto a vario titolo nell'assistenza, (specializzandi, medici volontari, studenti, volontari di associazione, eventuali visitatori autorizzati, personale operante in out service - ristorazione, trasporti, ausiliario -) deve eseguire il lavaggio delle mani con sapone antisettico, prima e dopo ogni manovra assistenziale, anche se sono stati utilizzati i guanti, tra un paziente e l'altro ed al momento di lasciare l'ambiente.



8.3.3 Uso dei dispositivi di protezione individuale

Nell'assistenza al paziente, devono essere indossati i dispositivi di protezione individuale (DPI), resi disponibili dal caposala nella zona antistante all'ingresso della stanza di degenza che ospita pazienti con sospetta o accertata diagnosi di scabbia:

- Guanti monouso, non sterili, da indossare al momento di entrare nella camera e da sostituire per ogni manovra assistenziale a rischio di esposizione con materiale infettante. Rimuovere i guanti prima di lasciare la camera e lavare subito le mani con sapone antisettico;
- Copricamicie, in tessuto non tessuto monouso, da indossare al momento di entrare nella camera, quando siano previste manovre che comportino rischio di contatto con gli effetti lettereci o con il paziente stesso. Togliere il grembiule al momento di lasciare la camera, controllando che la divisa non sia insudiciata;
- Soprascarpe, da indossare al momento di entrare nella camera e da rimuovere al momento di lasciarla.

8.3.4 Gestione delle attrezzature per l'assistenza al paziente

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

8.3.5 Gestione della biancheria

Effettuare il rifacimento completo del letto e il cambio della biancheria personale del malato giornalmente o, se necessario a giudizio del medico, anche due volte al giorno, sino a quando il trattamento terapeutico non sia risultato efficace.

Ad ogni cambio, la biancheria *deve essere posta nei sacchi biodegradabili trasparenti* previsti per la biancheria infetta, forniti dal Servizio di Lavanderia.

In caso di indisponibilità, ricorrere alle scorte disponibili presso il Servizio Infermieristico.

La biancheria deve essere rimossa evitandone lo scuotimento e deve essere lavata a temperatura superiore a 60°C. Eventualmente sostituire il materasso dopo le prime 24 ore di trattamento e sostituirlo alla dimissione.

La biancheria non lavabile ad alte temperature (coperte, cuscini, capi in lana, materasso) deve essere posta negli appositi sacchi e consegnata alla Ditta di lavanderia, con la raccomandazione di lasciarli chiusi per quindici giorni, in modo da assicurare la morte di tutti gli acari (l'acaro, infatti, non può sopravvivere a lungo lontano dalla cute), prima del trattamento.

Il personale addetto al cambio della biancheria deve indossare i DPI per la protezione da contatto, di cui al p. 7.3.3.

8.3.6 Gestione dei contatti

Il Direttore dell'U.O. o il Medico delegato alla cura del paziente:

- informa i familiari ed i visitatori, che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il malato, circa la opportunità di un trattamento profilattico e di un controllo sanitario da eseguirsi a cura di uno specialista Dermatologo.



Il Medico delegato alla cura del paziente, il Caposala o l'Infermiere dallo stesso delegato:

- effettuano una costante opera di educazione sanitaria nei confronti del paziente affetto da scabbia e dei contatti (parenti e visitatori), al fine di evitare la diffusione della malattia.

8.3.7 Sanificazione dell'ambiente

Tutte le superfici ambientali (armadi, sedie, sanitari, letto, ecc.) devono essere sanificate con frequenza almeno giornaliera.

Il Caposala o in assenza, personale Infermieristico delegato dallo stesso o dal Direttore dell'U.O. dispone, controlla e vigila in ordine alla corretta esecuzione delle operazioni di sanificazione e fornisce al personale addetto le opportune istruzioni.

8.3.7.1 Disinfezione continua

Il personale addetto della Ditta del Servizio esternalizzato di Pulizia esegue le attività di sanificazione e disinfezione routinaria della camera (arredi e suppellettili) *dopo la pulizia delle altre camere di degenza.*

In particolare, detto personale deve:

- indossare i DPI idonei (copicapo, camice monouso, guanti non sterili monouso)
- far aerare la camera
- scopare ad umido
- lavare il pavimento con detergente/disinfettante
- disinfettare il pavimento con comuni disinfettanti (es. prodotti a base di cloro, alcol)
- detergere e disinfettare l'unità del malato, utilizzando comuni disinfettanti (prodotti a base di cloro, alcol etc.), ponendo attenzione agli arredi e suppellettili (tavolini, sedie, sostegni per fleboclisi, ruote dei letti), evitando di rimuoverli dalla stanza.
- 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 e disinfettato dopo l'uso.

8.3.7.2 Disinfezione terminale

Alla dimissione del paziente, gli effetti letterecchi, coperte, cuscini, materassi, devono essere inseriti negli appositi sacchi per la biancheria infetta, evitando scuotimenti ed avviati in lavanderia per le apposite procedure di sanificazione.

Trascorse 48 ore dalla dimissione del paziente, in considerazione del tempo max di sopravvivenza dell'acaro nell'ambiente,

il personale addetto della Ditta esterna di pulizia effettua una accurata pulizia e disinfezione dell'unità di degenza, come di seguito indicato:

- indossare i DPI (copicapo, camice monouso, guanti non sterili monouso)
- scopare ad umido
- lavare il pavimento con detergente/disinfettante
- disinfettare il pavimento con comuni disinfettanti (es. prodotti a base di cloro, alcol)
- detergere e disinfettare l'unità del malato, utilizzando comuni disinfettanti (prodotti a base di cloro, etc.), ponendo attenzione agli arredi e suppellettili (tavolini, sedie, sostegni per fleboclisi, ruote dei letti), evitando di rimuoverle



dalla stanza;

- eliminare tutti i DPI nei contenitori dei rifiuti speciali al termine delle operazioni di pulizia.
- 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.

8.3.7.3

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 (come nel caso di esami urgenti di diagnostica per immagini o per trasferimento ad altra struttura sanitaria).

Il trasferimento deve essere organizzato in modo da limitare il rischio di contaminazione e di diffusione della malattia e non prima di avere iniziato il trattamento terapeutico.

Il Caposala o, in assenza, personale Infermieristico delegato dal Direttore dell'U.O. o dal Medico che si occupa della cura il paziente:

- organizza il trasferimento, disponendo l'utilizzo dei DPI utili all'adozione delle precauzioni da contatto, aggiuntive alle precauzioni standard, da parte del personale di assistenza.
- informa il personale del mezzo di trasporto, ai fini dell'adozione delle medesime precauzioni e delle successive operazioni di igienizzazione del mezzo;
- informa il Servizio Infermieristico in merito all'utilizzo del mezzo di trasporto;
- informa l'UO ricevente circa lo stato infettivo, accertato o sospetto, del paziente, al fine dell'adozione delle necessarie misure di profilassi;
- vigila sull'accurata sanificazione degli eventuali presidi utilizzati (barelle, aste porta flebo).

Il Servizio Infermieristico:

- vigila ai fini della sanificazione del mezzo di trasporto, se di proprietà dell'Azienda;
- si assicura che la Ditta esterna titolare del trasporto proceda alla corretta sanificazione del mezzo.

8.4

Verifica dell'isolamento

Il Dirigente Medico di turno della DMP, allo scopo di verificare le condizioni del ricovero e l'adozione delle precauzioni di profilassi e di acquisire informazioni utili ad individuare l'eventuale coinvolgimento di altre UU.OO nel percorso del paziente, assicura l'effettuazione di un sopralluogo presso l'U.O. ove è assistito il caso di scabbia e la registrazione dell'esito dello stesso su apposito Modulo "Verifica attivazione procedura di sorveglianza e controllo" M_PGS-DVE-7-04_01

8.5

Gestione dei casi di scabbia e dei contatti tra il personale

E' possibile che nel corso dell'assistenza prestata a pazienti affetti da scabbia, il personale sanitario resti contagiato. Tale evenienza può essere la conseguenza di una inadeguata adozione delle precauzioni standard e aggiuntive da contatto, come anche di un riconoscimento tardivo dell'infezione.



In tale contesto, la Direzione Medica di Presidio svolge un ruolo di orientamento e coordinamento e, di concerto con l'UO presso la quale si è verificato il caso di scabbia e con l'UO di Dermatologia, attiva un piano per lo screening tempestivo del personale, allo scopo di individuare gli eventuali contagiati, i contatti e l'adozione delle misure di controllo.

Il Direttore dell'U.O. presso la quale si è verificato il caso di scabbia o il Medico da lui delegato:

- avvisa la Direzione Medica, anche per le vie brevi e concorda e conferma le strategie di prevenzione e controllo da adottare;
- contatta il Direttore dell'U.O. di Dermatologia e concorda la visita specialistica urgente per il personale interessato, sia per i sintomatici che per i contatti, predisponendo un elenco nominativo, in caso di più unità di personale coinvolte;
- invia il personale con scabbia presunta o certa e i contatti ad alto rischio a visita dermatologica.

Il Dirigente Medico della DMP che prende in carico il caso:

- cura l'effettuazione di un sopralluogo e acquisisce informazioni, allo scopo di formulare ipotesi sulle modalità e cause di contagio del personale.

Lo specialista Dermatologo:

- effettua la visita specialistica e valuta la sussistenza della condizione di "caso di scabbia";
- prescrive la terapia e le misure di profilassi per i casi confermati e la profilassi prevista per i contatti ad alto rischio ed istruisce il dipendente sui comportamenti da adottare a scopo profilattico;
- redige un elenco del personale visitato, con l'esito della visita e lo invia al Direttore dell'U.O.;
- invia lo stesso elenco alla DMP, concordando e confermando con il Dirigente Medico che segue il caso i successivi adempimenti da porre in essere;
- prenota la visita di controllo per i contatti sottoposti a trattamento profilattico, risultati negativi per la malattia;

Nei casi positivi per la malattia:

- effettua la segnalazione obbligatoria di malattia infettiva diffusiva, secondo le modalità di cui al punto 8.1.
- procede agli adempimenti previsti per l'infortunio sul lavoro, secondo le modalità di cui al punto 8.5.1
- registra la visita ambulatoriale, annotandone la tipologia (infortunio);
- prenota il dipendente visitato per la visita di controllo, presso l'ambulatorio di dermatologia, al termine del periodo di prognosi, per la valutazione di avvenuta guarigione;
- invita il dipendente a recarsi in Farmacia, per l'acquisizione del farmaco, adottando le misure di profilassi consigliate;



Il dipendente "contatto ad alto rischio" :

- si sottopone con scrupolo alla profilassi farmacologica prescritta e adotta le misure di prevenzione dal contagio ricevute. Si reca al controllo specialistico alla data prefissata.

Il dipendente affetto da scabbia:

- si reca presso il proprio reparto e consegna la copia C del certificato INAIL, destinata al Datore di lavoro, che sottoscrive, ai fini della compilazione del rapporto di infortunio;

Il Direttore dell'UO o il coordinatore infermieristico cui afferisce il dipendente, rispettivamente se si tratti di un medico o di personale del comparto:

- assicura la redazione del Rapporto di Infortunio e lo sottoscrive congiuntamente al dipendente;
- trasmette la copia C del Certificato INAIL, unitamente al Rapporto di Infortunio in originale, di cui rilascia copia al dipendente, alla DMP di riferimento.

Il dipendente affetto da scabbia:

- si assenta dal servizio, dandone comunicazione all'U.O. di appartenenza;
- si reca in Farmacia per acquisire il trattamento farmacologico;

Il personale infermieristico addetto della DMP che prende in carico il caso:

- riceve il rapporto di infortunio, vidimandolo, ed il certificato INAIL;
- informa il Dirigente Medico di turno;

Il Dirigente Medico della DMP che prende in carico il caso:

- verifica la corretta gestione della pratica;
- dispone e assicura l'invio al Settore Risorse Umane dell'Azienda del certificato INAIL destinato al Datore di Lavoro, nonché del rapporto di infortunio con immediatezza e comunque in tempo utile a consentirne la trasmissione all'INAIL da parte del Datore di Lavoro entro i due giorni prescritti dalla norma;
- dispone la registrazione sul Registro degli Infortuni custodito presso la DMP;
- avvisa il Medico Competente, inviandogli copia degli elenchi del personale con diagnosi di scabbia e copia dei moduli INAIL di infortunio, ai fini della registrazione nella cartella sanitaria dei dipendenti.

Il Direttore di Farmacia o Farmacista delegato:

- consegna il farmaco prescritto al dipendente con diagnosi confermata e rende disponibile il farmaco prescritto a scopo profilattico per i dipendenti "contatti", nella quantità necessaria ad ottemperare alla prescrizione per il numero di contatti individuati.

Il dipendente posto in infortunio:

- si allontana dal lavoro per la durata prevista dalla prognosi e si sottopone con scrupolo alla terapia prescritta.

Al termine del periodo di prognosi prescritto, è opportuna la rivalutazione delle condizioni cliniche dell'infortunato, per stabilire se la terapia sia stata efficace ed il dipendente possa riprendere servizio o, diversamente, sia necessario un prolungamento della prognosi.



Il dipendente, pertanto:

- si reca all'ambulatorio di dermatologia nel precedentemente giorno concordato, per essere sottoposto a visita di controllo.

Lo specialista Dermatologo, sottopone il dipendente a visita e, constatata l'avvenuta guarigione o la necessità di prolungamento della prognosi, certifica la diagnosi e la consegna al dipendente, per gli adempimenti successivi.

Il dipendente:

- acquisisce dal proprio medico curante o dal medico dell'INAIL il certificato di chiusura dell'infortunio, se dichiarato guarito o il certificato di prolungamento della prognosi, se ancora affetto da malattia;
- consegna presso la Direzione Medica di Presidio il certificato INAIL di chiusura dell'infortunio o prolungamento della prognosi, rilasciati o dal medico curante o dal medico dell'INAIL (copia per il datore di lavoro);
- se dichiarato guarito, rientra in servizio;
- se dichiarato ancora inabile al lavoro, prosegue l'astensione lavorativa.

Il Dirigente Medico della DMP che prende in carico il caso:

- dispone l'invio al Settore Risorse Umane dell'Azienda del certificato di prolungamento della prognosi / avvenuta guarigione(copia per il datore di lavoro)
- avvisa il Medico Competente, trasmettendogli copia del certificato INAIL di chiusura dell'infortunio.

Il Medico Competente:

- aggiorna la cartella sanitaria del dipendente, effettuando la registrazione.

8.5.1

Rilascio del certificato di infortunio

Nei casi di diagnosi di scabbia correlata all'attività lavorativa, lo specialista Dermatologo deve rilasciare al dipendente il certificato INAIL di infortunio sul lavoro.

La formazione del certificato e la sua trasmissione all'INAIL, sulla base degli aggiornamenti normativi apportati dal decreto Lgs 151/2015, devono avvenire esclusivamente per via telematica.

L'obbligo si considera assolto quando la compilazione del certificato ed il relativo invio siano avvenuti entro le ore 24 del giorno successivo all'intervento di prima assistenza.

Lo specialista dermatologo accreditato:

- accede tramite le proprie credenziali al programma dedicato dell'INAIL e redige la certificazione di infortunio su apposito modello informatico, compilandolo in tutte le sue parti, formulando la prognosi, corrispondente alla durata del trattamento previsto e ne produce la stampa, preordinata in triplice copia, modello A per l'assicurato, modello B l'INAIL, copia C per il Datore di Lavoro;
- trasmette il certificato di infortunio all'INAIL contestualmente alla compilazione, utilizzando i servizi telematici dell'Istituto assicuratore
- consegna al dipendente le copie del certificato INAIL, invitandolo a sottoscriverle ed a trattenere per se la copia a lui destinata.



8.6

Valutazione e controllo di un'epidemia di scabbia

Si deve sospettare un'epidemia di scabbia quando in una struttura sanitaria vengono rilevati 2 o più casi concomitanti, che interessino i pazienti/ospiti e/o il personale di assistenza.

Anche due o più casi consecutivi di scabbia che si verificano entro 4 o 6 settimane l'uno dall'altro devono essere considerati come epidemia.

L'insorgenza di una epidemia di scabbia all'interno della struttura di ricovero è verosimilmente attribuibile ad una inadeguata adozione delle precauzioni standard e aggiuntive da contatto, che interrompe la barriera interposta fra il microrganismo e il soggetto suscettibile.

Tale evenienza può essere agevolata dalla individuazione mancata o tardiva della infezione del caso indice, che favorisce contatti non protetti e la diffusione della malattia.

Per tale ragione, l'adozione delle misure standard di profilassi è raccomandata al personale ospedaliero nei contatti con tutti i pazienti assistiti.

L'epidemia può avere luogo fra il personale di assistenza, fra i pazienti assistiti o coinvolgere entrambe le categorie di soggetti, come anche visitatori, in relazione alle dinamiche del contagio.

In tale contesto, la Direzione Medica di Presidio svolge un ruolo di orientamento e coordinamento e, di concerto con l'UO presso la quale si è verificata l'epidemia di scabbia e con l'UO di Dermatologia, predisponde ed attiva un piano per il controllo dell'evento epidemico che prevede:

- la presa in carico, da parte del Dirigente medico della DMP di turno, della gestione dell'evento, anche attraverso l'individuazione di un **gruppo di lavoro** comprendente le professionalità coinvolte (addetti al controllo delle infezioni, Servizio infermieristico, clinici delle UU.OO. interessate, Ufficio Relazioni con il pubblico, Farmacia e Provveditorato (ai fini della fornitura della chemioprolassi), che si occupi operativamente della gestione del piano di controllo dell'evento;
- identificare tempestivamente i pazienti e il personale sintomatico, nonché valutare e classificare i pazienti e il personale e i loro contatti in base alla probabilità dell'infestazione (alto rischio, basso rischio);
- avviare a visita dermatologica i soggetti interessati;
- garantire la terapia ai soggetti contagiati e la chemioprolassi ai contatti;
- assicurare gli adempimenti di Medicina del Lavoro

8.6.1

Indagine epidemiologica e comunicazione del rischio

Il Direttore dell'U.O. o il Medico delegato, a partire dalla segnalazione dei casi, assicura la predisposizione di due distinti elenchi:

- elenco di tutti i casi probabili - presenza di segni e sintomi compatibili nelle 6 settimane precedenti – (considerando tutti i pazienti, il personale di assistenza permanente e temporaneo, altri erogatori di assistenza anche volontari, i visitatori regolari), distintamente per il personale di assistenza ed i pazienti e visitatori e li invia al dermatologo per l'immediata valutazione.
L'elenco deve essere puntualmente aggiornato.
- elenco di tutti i contatti (considerando tutti i pazienti, il personale di assistenza permanente e temporaneo, altri erogatori di assistenza anche volontari, i visitatori regolari), delle 6 settimane precedenti, distintamente per il personale di assistenza ed i pazienti e visitatori, per assegnarli all'appropriato trattamento profilattico.



L'elenco dei contatti fra i pazienti che possono essere stati in stretta vicinanza con il caso accertato di scabbia deve comprendere anche coloro che sono stati eventualmente trasferiti in altri reparti, indicando in tal caso l' U.O. di destinazione del trasferimento.

Il Dirigente Medico della DMP reperibile di turno, di concerto con il Direttore dell'U.O., promuove l'effettuazione di incontri di reparto con il personale e, se necessario, con i familiari, assicurandosi che il personale sanitario ed eventualmente i visitatori/familiari ricevano adeguate informazioni e raccomandazioni circa le modalità di trasmissione e disseminazione della malattia, l'applicazione delle precauzioni standard e da contatto, la gestione dell'epidemia, la necessità del trattamento, a scopo terapeutico o profilattico, la corretta gestione e bonifica degli effetti personali e di quelli lettereci ed i rischi della mancata applicazione delle precauzioni standard e da contatto e di inadempienza delle necessarie misure igienico-sanitarie.

8.6.2

Misure di controllo

Il Dirigente medico della DMP reperibile di turno:

- assicura l'effettuazione di un sopralluogo presso l'U.O. e verifica l'adozione delle precauzioni di profilassi, utilizzando il Modulo "Verifica attivazione procedura di sorveglianza e controllo" M_PGS-DVE-7-04_01 ed. 0 rev. 00 del 22 gennaio 2016;
- acquisisce dal Direttore dell'U.O., dal medico incaricato della cura del paziente o dal capo sala, informazioni utili a valutare l'estensione del contagio ed a porre ipotesi sulla sua origine;
- accerta la disponibilità e la conoscenza in reparto della procedura sulla corretta gestione della scabbia, provvedendo a renderla disponibile in caso negativo;
- assicura che la procedura sia nota e resa formalmente nota al personale della Ditta del Servizio esternalizzato di pulizia, ai fini della puntuale adozione delle misure igienico-sanitarie;
- vigila sugli adempimenti relativi ai controlli specialistici di personale e pazienti;
- promuove presso la Farmacia l'approvvigionamento di una adeguata quantità di farmaco scabicida;
- valuta i provvedimenti da intraprendere, in relazione all'andamento dell'epidemia ed al coinvolgimento del personale di assistenza, ivi compresa la eventuale sospensione temporanea dei ricoveri, fino alla chiusura dell'U.O.

8.6.2.1

Ulteriori misure

- Utilizzare, se possibile, personale dedicato ai pazienti infetti, fino al termine dell'epidemia.
- Impedire la mobilità del personale tra reparti/servizi fino al termine dell'epidemia.
- Sospendere l'accettazione di nuovi ricoveri fino alla interruzione dell'epidemia, su specifica disposizione concertata con la Direzione Medica di Presidio, che ne curerà l'informazione ai soggetti interessati (es. Pronto Soccorso generale).



9

INDICATORI

Fattore di Qualità	Indicatore	Standard
Adesione alla procedura	Rispondenza agli item di M_PGS-DVE-7-04_01	>= 90%
	Numero di unità di personale contagiato/caso indice di infezione da scabbia	0
	Numero di pazienti contagiati/caso indice di infezione da scabbia	0
Accessibilità alla procedura*	Agevole fruibilità in reparto	si

* Si riferisce al facile accesso alla consultazione del documento, reperibile in forma cartacea o informatica in luogo accessibile a tutto il personale dell'U.O..

10

GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità consistono nella non accessibilità alla procedura; nella mancata evidenza di adesione alla procedura, tracciata con Modulo "Verifica attivazione procedura di sorveglianza e controllo" M_PGS-DVE-7-04_01 ed. 0 rev. 00 del 22 gennaio 2016; nella diffusione di casi di scabbia a partire dal caso indice.

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla PQ8-01 "Gestione delle non conformità" e registrate sul modulo M_PQ8-2_01 "Segnalazione di non conformità di sistema, processo organizzativo, prodotto/servizio fornito a cliente interno.

11

ARCHIVIAZIONE

Codice	Denominazione	Periodo archiviazione ¹	Responsabile archiviazione	Luogo archiviazione
CIO, Gennaio 2016	Scheda di segnalazione di caso di malattia infettiva (CLASSI I – II – IV – V)	10 anni	Direzione Medica di Presidio	Segreteria DMP
M_PGS-DVE-7-04_01 ed.0 rev. 00	Verifica attivazione procedura di sorveglianza e controllo	5 anni	Direzione Medica di Presidio	Segreteria DMP

12

DOCUMENTI RICHIAMATI

- SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA (CLASSI I – II – IV – V) Comitato Lotta alle Infezioni Ospedaliere (CIO), Gennaio 2016
- M_PGS-25_01 ed.0 rev. 00 "Verifica attivazione procedura di sorveglianza e controllo"

¹ Se non diversamente disposto dal Ministero dei Beni Culturali: "Prontuario di selezione per gli archivi delle aziende sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere"



Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed.0 Rev. 00	Emissione	04 febbraio 2009

