

	<b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b>	<b>Rs09 Rs10 all. 1A</b>	
		Data: 26.02.2022 Rev. 01	Pag. 1 di 10

**Numerazione  
RS/A MR 09**

**LISTA DI DISTRIBUZIONE**

N°	FUNZIONE	FIRMA
1	<b>Direttore Generale</b>	MASSIMILIANO VRENNA
2	<b>Uff. Attività Socio-sanitaria</b>	
3	<b>Uff. Attività Amministrativa</b>	

0	10.10.2017	1ª Emissione		
<b>Rev</b>	<b>Data</b>	<b>Causale</b>	<b>Revisione e Verifica</b>	<b>Approvazione</b>
			RGQ	Direttore Generale

	<b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b>	<b>Rs09 Rs10 all. 1A</b>	
		Data: 26.02.2022 Rev. 01	Pag. 2 di 10

## 1. SCOPO

Il presente documento descrive la malattia parassitaria della scabbia classica e della scabbia norvegese (modalità di trasmissione, sintomi, diagnosi) e le precauzioni da adottare in presenza di caso sospetto o accertato, atte a prevenire il contagio agli operatori e agli altri ospiti.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo deve essere applicato a tutti gli operatori sanitari e non, che prestano la loro attività nell’RSA Matteo Remaggi.

## 3. ABBREVIAZIONI/DEFINIZIONI

- **Caso probabile:** presenza di sintomi clinici compatibili, accompagnati o meno da esposizione documentata al contagio.
- **Caso confermato:** riscontro al microscopio dell’acaro, delle uova o delle feci nei cunicoli oppure da un quadro clinico tipico.
- **Caso indice:** il primo caso individuato avente una specifica malattia DMPO: Direzione Medica di Presidio Ospedaliero
- **DPI:** Dispositivo di Protezione Individuale
- **Focolaio epidemico:** il verificarsi di 2 o più casi in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità o comunque esposti ad una comune fonte di infezione.
- **Fomiti:** fonti di contagio, specie con riferimento a materiale contaminato (biancheria, indumenti, effetti lettereci) che passando dal malato al soggetto sano ne producono l’infezione.
- **Isolamento:** attuazione di tutte le misure atte a prevenire la trasmissione per contatto cutaneo diretto o indiretto
- **Parassitosi:** in campo medico, si intendono l’insieme di malattie infettive causate da agenti patogeni quali i parassiti.

## 4. MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

	DIRETTORE	COORD. INF.	RSPP	MEDICO	INFERMIERE	OSS	DIP. IGIENE E PREV.	MEDICO COMPETENTE
Divulgare le informazioni del protocollo	R	R	R	C	R/C	I		I
Vigilare sul personale per applicazione procedura	R	R	R	I	R	C		I
Diagnosi di notifica malattia	I	I	I	R	I	I	C	I

	<b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b>				<b>Rs09 Rs10 all. 1A</b>		
					Data: 26.02.2022 Rev. 01	Pag. 3 di 10	

Isolamento dell'ospite con scabbia accertata	C	R	R/C	C	R	I		
Adozione dpi	R	C	R	R	R	R		C
Identificazione del personale esposto	R	R	R					I
Contatti con igiene pubblica	R	R	I	R	I	I		I
Comunicazione medico competente	R	I	R					C
Attivazione indagine epidemiologica	I	R	I	I	I	I		
Sorveglianza sanitaria del personale	I	I	I					R
Formazione ed informazione dei pazienti e familiari	I	R	I	R	R	I	C	
Informare il coordinatore sociale della gestione della biancheria infetta	I	R	I		R	C		

## 5. Contenuti /Descrizioni attività

### 5.1 Scabbia Classica

#### 5.1.1 Eziologia

La scabbia è una parassitosi causata da un acaro, il *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* che si trasmette da persona a persona. Il parassita è in grado di strisciare sulla superficie della cute ad una velocità di circa 2,5 cm/minuto, ma non è in grado di saltare o volare.

	<b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b>	<b>Rs09 Rs10 all. 1A</b>	
		Data: 26.02.2022 Rev. 01	Pag. 4 di 10



### 5.1.2 Modalità di trasmissione

La trasmissione avviene per contatto interumano diretto (pelle/pelle) e più raramente, e secondo alcuni autori, tramite fomite (soprattutto effetti lettereci, asciugamani, vestiti, oggetti d'uso) in quanto il parassita può sopravvivere nell'ambiente per un tempo limitato (Fitzgerald, 2014).

### 5.1.3 Manifestazioni cliniche

Al di là della scabbia, il *Sarcoptes scabiei* non è vettore di altre patologie infettive. Il sintomo principale della scabbia è il prurito: è essenziale tener presente che esso compare dopo un mese circa dall'infestazione in quanto si tratta di un fenomeno immunomediato. Nelle persone immunocompromesse questo sintomo può essere assente ed è in queste ultime che in genere si manifesta la scabbia norvegese.



### 5.1.4 Periodo di incubazione e contagiosità

Il periodo di incubazione varia da 2 a 6 settimane, oppure da 1 a 4 giorni se si parla di reinfezione. Negli anziani potrebbe anche essere maggiore a sei settimane. La contagiosità è presente fino a che gli acari e le uova non siano stati accuratamente eliminati.

### 5.1.5 Rischio epidemie

Seppur difficilmente, il rischio di epidemie può essere presente, soprattutto nelle comunità o nelle Residenze Sanitarie Assistite, dove il contatto con la persona interessata è diretto e, nella maggior parte dei casi, prolungato. La durata media dell'epidemia in RSA di media grandezza è di circa 14,5 settimane con una variabilità nella letteratura da 4 a 52 settimane con un numero

	<b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b>	<b>Rs09 Rs10 all. 1A</b>	
		Data: 26.02.2022 Rev. 01	Pag. 5 di 10

medio di pazienti infestati pari a 18 (da 3 a 82) e con una media di operatori sanitari di circa 10 (da 3 a 25).

## 5.2 Scabbia Norvegese

### 5.2.1 Eziologia

La scabbia norvegese (o crostosa) è una forma clinica particolare della parassitosi, detta così in quanto è stata descritta nel 1848 in Norvegia.

### 5.2.2 Manifestazioni cliniche

Si manifesta con lesioni squamo-crostose, soprattutto a livello palmo-plantare, sul dorso delle mani e sulle ginocchia. A differenza della forma clinica classica, il prurito è discreto o assente, quindi la diagnosi è ritardata e aumenta così il rischio di contagiare altre persone.

### 5.2.3 Periodo di incubazione e contagiosità.

il periodo di incubazione è identico a quello della Scabbia Classica.

La scabbia norvegese è estremamente contagiosa e colpisce soprattutto i soggetti immunodepressi per esito di malattie (es. neoplasie, AIDS e neuropatie) o trattamenti (es. trapianti o terapia con corticosteroidi o altri farmaci immunosoppressori). Le diminuite difese immunitarie dell'ospite favoriscono la proliferazione massiccia degli acari *Sarcoptes scabiei* sulla pelle e rendono la scabbia norvegese molto difficile da curare.

### 5.2.4 Rischio epidemie

Nei rari casi, il rischio di infezione epidemica è molto più alto e può interessare anche decine di persone.

## 5.3 Trattamento

Si dispone di diversi farmaci efficaci nel trattamento della scabbia:

- **Permetrina** in crema al 5%. Applicazione di uno strato sottile dal collo in giù (il viso solo in caso di efflorescenze), le zone tra le dita delle mani e dei piedi (anche le dita e sotto le unghie dei piedi), polsi, gomiti, ascelle, genitali esterni, seni e natiche devono essere trattati con particolare attenzione. La crema va lasciata agire per almeno 8 ore. Se si lavano le mani prima che siano trascorse 8 ore dall'applicazione della crema, è necessario riapplicarla su di esse. Lavare accuratamente il corpo dopo 8-12 ore dall'applicazione della crema. Nel 90% dei casi una singola applicazione di SCABIACID è sufficiente per eliminare l'infestazione. Qualora le lesioni non diano segno di guarigione o appaiono nuove lesioni, si può ricorrere ad una seconda applicazione di crema dopo 7 giorni.

- **Benzoato di benzile 10%, 20%, 25% presente** in diverse forme galeniche (soluzione oleosa, crema, unguenti, schiume), ma tutte devono essere prescritte esclusivamente dal dermatologo. **Applicato alla sera**, dopo un preventivo bagno caldo che consente di ammorbidire la pelle, su tutto il corpo e mantenuto in situ per tutta la notte; questo procedimento si ripete per almeno 3 sere consecutive,

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	<p><b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b></p>	<p><b>Rs09 Rs10 all. 1A</b></p>	
		<p>Data: 26.02.2022 Rev. 01</p>	<p>Pag. 6 di 10</p>

evitando qualsiasi contatto con mucose e occhi. Si effettuano due cicli, a distanza di 7 giorni uno dall'altro (questo per la possibile schiusa di uova).

#### 5.4 Istruzioni Operative

**PER PREVENIRE LA DIFFUSIONE DELLA SCABBIA, OGNI CASO, FINO A CONCRETA DIAGNOSI DERMATOLOGICA, VA TRATTATO COME SOSPETTO.**

Andranno, quindi, attuate tutta una serie di azioni fondamentali e non rimandabili.

- 1- Il personale sanitario che identifica l'eruzione cutanea ne deve dare immediatamente comunicazione al responsabile in turno (infermiere/coordinatore infermieristico).
- 2- L'infermiere informerà dettagliatamente il medico curante, il quale se riterrà opportuna la diagnosi di scabbia, dovrà effettuare comunicazione al Dipartimento di Igiene e Prevenzione, del caso sospetto o conclamato.
- 3- Procedere all'isolamento dell'ospite per evitare eventuali altri contagi. L'ospite 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). È possibile adottare anche una modalità di isolamento di tipo funzionale. 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.
- 4- Effettuare il lavaggio delle mani all'ingresso e all'uscita della camera, con sapone antisettico. Guanti non sterili devono essere utilizzati in caso di contatto diretto con l'ospite o materiale potenzialmente contaminato (effetti lettereschi). Dopo l'uso i guanti devono essere immediatamente eliminati, prima di uscire dalla stanza dell'ospite, nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Lavare le mani ogni volta che si cambiano o tolgono i guanti.
- 5- Indossare camici monouso. Il materiale va eliminato nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, direttamente nella stanza del paziente.
- 6- Limitare gli spostamenti se non indispensabili. Informare gli addetti al trasporto.
- 7- Personalizzare gli strumenti necessari per l'assistenza al paziente (sfigmomanometro, fonendoscopio, etc.) e trattarli con deterzione disinfezione al termine dell'isolamento.
- 8- Dopo aver indossato tutti i dpi, rimuovere con attenzione la biancheria da letto, evitando qualsiasi scuotimento. Inserirli nell'apposito sacco biodegradabile. Rimuovere coperte di lana. Materasso, guanciale e coperte di lana dopo le prime 24 ore di trattamento sostituirle. La biancheria personale dell'ospite deve essere cambiata tutti i giorni e trattata dai 60 agli 80 gradi. I capi che non possono essere trattati ad elevate temperature, vanno riposti in sacchetti di plastica, chiusi ermeticamente per 7 giorni. È consigliabile utilizzare capi di cotone, non utilizzare capi di lana. Sanificare l'unità di vita quotidianamente.
- 9- Qualsiasi lesione deve essere protetta da contaminazione. Trattare o coprire le lesioni da grattamento.
- 10- I rifiuti speciali sanitari devono essere posizionati nella camera dell'ospite
- 11- La disinfezione giornaliera della camera va effettuata con cloroderivati DOPO la pulizia delle altre camere nella modalità che segue:

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	<p><b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b></p>	<p><b>Rs09 Rs10 all. 1A</b></p>	
		<p>Data: 26.02.2022 Rev. 01</p>	<p>Pag. 7 di 10</p>

- indossare DPI
  - areare la camera
  - scopare ad umido
  - detergere pavimento e unità di vita
  - eliminare il materiale per la pulizia nei rifiuti sanitari pericolosi
- 12- Compilare sin dal primo contatto, la Scheda di Valutazione Esposizione Rischio Scabbia, da parte dell'operatore.
- 13- Istruire l'ospite sulle norme di educazione sanitaria

## 5.5 Misure di prevenzione per i sanitari

	<b>Scabbia classica</b>	<b>Scabbia norvegese</b>
Notifica di malattia infettiva	La notifica di malattia infettiva deve avvenire entro 24 ore.	La notifica di malattia infettiva deve avvenire entro 24 ore <b>con la specifica diagnosi di scabbia norvegese</b>
Isolamento da contatto	Deve essere applicato fino a 24 ore dall'inizio del primo trattamento. Applicazione delle precauzioni da contatto e isolamento comunque subordinato al giudizio del dermatologo. L'obiettivo è di evitare il contatto diretto cute/cute e indiretto cute/fomiti.	Deve essere applicato fino a guarigione. L'obiettivo è di evitare il contatto cute/cute e cute/fomiti.
Isolamento in stanza singola	Consigliato. Se la camera singola non è disponibile più degenti con stessa patologia possono condividere la stessa stanza (coorte); isolamento funzionale in alternativa.	Indicato fino a guarigione.
Trattamento dei fomiti (biancheria, indumenti, effetti lettereci)	Maneggio e lavaggio come materiale infetto fino a 48 ore dopo l'inizio del primo trattamento. Se non lavabile chiusura in sacchetto e attesa per tre giorni. Alla dimissione sostituire materasso, cuscini e coperte sempre indossando i DPI. Utilizzare sacchi rossi con all'interno sacco idrosolubile per la raccolta e l'invio.	Maneggio e lavaggio come materiale infetto fino a guarigione. Se non lavabile chiusura in sacchetto e attesa per tre giorni. Alla dimissione sostituire materasso, cuscini e coperte sempre indossando i DPI. Utilizzare sacchi rossi con all'interno sacco idrosolubile per la raccolta e l'invio.
Trattamento dei rifiuti	Posizionare all'interno della camera di degenza un contenitore con coperchio per "Rifiuti Sanitari a Rischio Infettivo" al fine di eliminare direttamente tutto il materiale non riutilizzabile.	Posizionare all'interno della camera di degenza un contenitore con coperchio per "Rifiuti Sanitari a Rischio Infettivo", al fine di eliminare direttamente tutto il materiale non riutilizzabile.
Indagine epidemiologica	Compilazione del modulo specifico per l'individuazione dei contatti	Compilazione del modulo specifico per l'individuazione dei contatti
Contatti sanitari	Sono considerati contatti solo le persone che hanno avuto un contatto cute con cute per più di 10 minuti prima dell'inizio del trattamento o nelle 24 ore successive. Per i contatti è indicato il trattamento profilattico.  Agli atri sanitari che hanno avuto contatti fugaci sono fornite informazioni sulla parassitosi, in modo da favorire la sorveglianza sanitaria.	Sono considerati contatti tutti i componenti dello staff che hanno avuto un contatto cute con cute anche per un tempo breve o un contatto cute con fomiti. Per i contatti è indicato il trattamento profilattico.
Trattamento profilattico dei contatti sanitari	Deve essere contemporaneo al trattamento del paziente.	Deve essere contemporaneo al trattamento del paziente.

## 6. PEDICULOSI

La pediculosi è un'infestazione molto comune provocata dai pidocchi, piccoli parassiti di colore bianco-grigiastro che vivono quasi esclusivamente sull'uomo (non sopravvivono a lungo lontano dall'ospite) attaccandosi fortemente a capelli e peli e ne succhiano il sangue grazie al loro apparato buccale capace di perforare la cute. Il pidocchio del corpo è indistinguibile da quello del capo, anche se di solito è più grande. Il contagio avviene fra persona e persona sia per contatto diretto che attraverso lo scambio di effetti personali quali pettini, cappelli, asciugamani, sciarpe, cuscini, indumenti a diretto contatto con il corpo (maglie, canottiere, corpetti e mutande, nel cavallo dei pantaloni e nelle maniche delle giacche) e lenzuola.

Il rischio aumenta in condizioni di sovraffollamento.

	<b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b>	<b>Rs09 Rs10 all. 1A</b>	
		Data: 26.02.2022 Rev. 01	Pag. 9 di 10

Questi parassiti si nutrono pungendo la parte del corpo colpita (cuoio capelluto, corpo e pube) depositando un liquido che causa intenso prurito nella sede della localizzazione;

Nel caso di pediculosi del capo, ad un attento esame del cuoio capelluto, si notano all'altezza della nuca o dietro le orecchie (ma possono localizzarsi anche tra ciglia e sopracciglia) le lendini (uova dei pidocchi), come puntini bianchi o marrone chiaro di forma allungata e traslucidi (poco più piccoli di una capocchia di spillo), fortemente attaccate grazie ad una sostanza adesiva. Altri possibili segni sono costituiti da piccole punture di colore rosso dovute ai morsi, solitamente associate a segni lineari da graffiamento, a pomfi orticarioidi o a infezione batterica superficiale. Le lesioni della pediculosi del corpo si rinvergono principalmente a livello delle spalle, dei glutei, e dell'addome. Il periodo d'incubazione va da 6 a 10 giorni in caso di infestazione con uova.

La contagiosità permane fintanto che uova, forme larvali o adulte sono presenti e vitali sulle persone infestate o su indumenti e fomite.

In caso di infestazione da *P. humanus capitis*, è necessaria la restrizione della frequenza della collettività fino all'avvio di idoneo trattamento disinfestante e la presentazione di certificato del medico curante e/o del medico della struttura di avvenuto idoneo trattamento.

**Pertanto, si raccomanda:**

- Isolamento del caso fino a risoluzione dell'infestazione, certificazione da parte del medico curante e/o del medico della struttura di idoneo trattamento disinfestante e verifica dell'efficacia dello stesso (risoluzione dell'infestazione);
- Sorveglianza attiva con accurata ispezione del capo (magari con l'aiuto di una lente d'ingrandimento e in un ambiente intensamente illuminato) e eventuale rimozione manuale dei pidocchi e delle lendini, per tutto il personale e i contatti fino a 10 giorni dalla avvenuta guarigione del caso;
- Porre altresì attenzione all'insorgenza di prurito o lesioni sospette e comunicare immediatamente/notificare eventuali ulteriori casi alla nostra unità funzionale;
- Lavare in lavatrice e asciugare gli indumenti, la biancheria da letto e gli effetti personali della persona infetta con acqua bollente o sterilizzarli a secco esponendoli a una temperatura di almeno 60°C per un'ora;
- Gli indumenti e gli oggetti che non sono lavabili possono essere sigillati in un sacchetto di plastica e conservati per almeno 2 settimane esponendoli all'aria aperta;
- Lasciare all'aria aperta anche pupazzi o peluches venuti, eventualmente, a contatto con la persona infestata;
- Lavare e disinfettare accuratamente pettini e spazzole.

Si ricorda di non condividere indumenti, letti, lenzuola, cuscini e tutto ciò che può trasmettere indirettamente l'infestazione.

**7. INDICATORI E MONITORAGGIO**

INDICATORE NUMERATORE	INDICATORE DENOMINATORE	VALORE ATTESO
Numero ospiti assistiti con infezione conclamata	Numero di segnalazioni effettuate al dipartimento di igiene e prevenzione per notifica infezione	100%
Numero ospiti assistiti con infezione conclamata	Procedure di prevenzione messe in atto	100%

	<b>PROTOCOLLO GESTIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN PARTICOLARE RISCHIO INFEZIONI CROCIATE</b>	<b>Rs09 Rs10 all. 1A</b>	
		Data: 26.02.2022 Rev. 01	Pag. 10 di 10

È responsabilità del mmg notificare al dipartimento di igiene e prevenzione la presenza di infezione relativa ad assistito della RSA Remaggi.

Alla Direzione ed al coordinatore infermieristico spetta la vigilanza sulla corretta applicazione del protocollo di pulizie e disinfezione, verificando periodicamente (con osservazione diretta e documentazione scritta), i controlli realizzati sia da parte degli operatori delle ditte di appalto delle pulizie, Fornitura pasti e operatori sanitari dei servizi.

La direzione è responsabile dell'avvenuta comunicazione al medico competente.

Tutti gli operatori sono formati sul tema dell'igiene delle mani, disinfezione/igiene degli ambienti, pulizia delle attrezzature clinico-assistenziali, precauzioni standard, precauzioni per contatto, precauzioni per goccioline di saliva, precauzioni aggiuntive specifiche .