

Raccomandazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni negli asili nido d'ospedale.

M. Bühlmann, Aarau; C. Berger, Zurigo; U. Heininger, Basilea; B. Vaudaux, Losanna; A.F. Widmer, Basilea

1. Introduzione

Come molte altre aziende, anche alcuni ospedali mettono a disposizione dei loro collaboratori un asilo nido. La particolarità di queste strutture ospedaliere è che i genitori dei bambini ospitati si occupano delle cure dei pazienti ricoverati e sono quindi a rischio di trasmettere loro delle infezioni. Per questo motivo il gruppo Swiss-NOSO ha preparato delle raccomandazioni adattate a queste situazioni. Queste raccomandazioni sono parzialmente applicabili anche agli asili nido situati al di fuori del contesto ospedaliero.

Il soggiorno all'asilo nido garantisce al bambino una giornata ben organizzata e una sorveglianza efficace e attenta ma comporta un maggiore rischio d'infezioni legate alla promiscuità propria dei bambini in giovane età e all'uso comune dei giocattoli. Le infezioni correnti in questa fascia d'età sono per la maggior parte di breve durata e benigne ma possono, a seconda del germe e dell'età del soggetto, indurre occasionalmente una malattia severa o delle complicazioni (per esempio: morbillo). Nel caso degli asili nido d'ospedale si aggiunge il rischio supplementare che l'agente infettivo venga introdotto dal genitore che lavora nella struttura.

Per questo motivo, è particolarmente importante avere una politica adeguata di prevenzione e di controllo delle infezioni negli asili nido d'ospedale. Attualmente, in Svizzera non ci sono regolamentazioni specifiche in materia, al contrario di Germania [1] e Francia [2]. Le raccomandazioni emesse in questo articolo sono basate sulla legislazione svizzera (Legge sulle epidemie [3]) e si ispirano alla regolamentazione tedesca (Rahmen-Hygieneplan für Kindereinrichtungen [1]).

2. Raccomandazioni scritte concernenti l'igiene e la prevenzione delle infezioni

Ogni asilo nido d'ospedale dovrebbe avere a disposizione un documento scritto che descrive le misure da intraprendere

per assicurare la massima igiene e ridurre la propagazione delle infezioni all'interno dell'istituto. La tabella 1 ne riassume i contenuti principali.

Le raccomandazioni descritte in questo articolo sono da applicare esclusivamente per il controllo e la prevenzione delle infezioni in un asilo nido d'ospedale.

3. Controllo e prevenzione delle infezioni

3.1. Prevenzione delle infezioni mediante vaccinazione

3.1.1. Vaccinazione dei bambini

La condizione minima per la quale un bambino sia ammesso in un asilo nido d'ospedale è che sia vaccinato secondo le raccomandazioni del Piano svizzero di vaccinazione [4] pubblicato annualmente dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e accessibile via www.ekif.ch. E' quindi necessario che la direzione dell'asilo esamini il libretto di vaccinazione per verificarne la conformità con le raccomandazioni UFSP dapprima all'ammissione del bambino e poi annualmente. In caso di ritardo sul calendario vaccinale, è importante che i genitori siano informati della situazione e incoraggiati a completare le vaccinazioni mancanti.

Commento: A) Il rischio di tetano esiste sempre e ovunque, particolarmente in caso di ferimento nel corso di attività all'aria aperta. B) Dopo essere state introdotte in un asilo nido, certe malattie come difterite, pertosse, infezioni invasive da *Haemophilus influenzae* del tipo b, morbillo, orecchioni e rosolia possono causare un'epidemia tra i bambini non vaccinati implicando come conseguenze una morbilità importante e un certo rischio di mortalità. C) La prevenzione morbillo-orecchioni-rosolia (MOR) non può essere iniziata prima che il bambino abbia compiuto (6-) 9 mesi. I neonati ospitati dall'asilo prima di questa

età non possono quindi essere immunizzati contro queste infezioni, benché siano soggetti ad un rischio elevato di complicazioni in caso di malattia. In questi casi, la sola protezione disponibile è quella fornita dall'immunità del gruppo, cioè dalla vaccinazione adeguata dei bambini più grandi e del personale [5]. Bisogna anche tenere conto del rischio che l'infezione venga trasmessa a un genitore, che a sua volta introduca la malattia in ospedale. Attualmente tra il 5% e il 10% dei membri del personale ospedaliero è suscettibile a uno dei virus MOR [6].

3.1.2. Vaccinazione del personale

La direzione dell'asilo nido è tenuta a verificare lo stato vaccinale del personale al momento dell'assunzione. Questo vale anche per gli stagisti. Il futuro collaboratore deve essere informato delle eventuali vaccinazioni mancanti e incoraggiato a recuperarle. I collaboratori che rifiutano di vaccinarsi secondo le raccomandazioni devono essere informati dei pericoli che fanno correre agli altri e la discussione (le informazioni date al collaboratore e il suo rifiuto) devono essere depositate per scritto.

3.2. Controllo delle infezioni

3.2.1. Allontanamento dall'asilo nido

- Il bambino malato (febbre alta e difficoltà respiratorie e/o esantema, vomito e/o diarrea) troverà in linea di principio più conforto a casa sua che all'asilo. Per questo motivo, come pure nel contesto della prevenzione

delle infezioni, questo bambino non dovrebbe essere portato all'asilo, né esservi accolto.

- Il bambino che sviluppa l'uno o l'altro dei sintomi elencati sopra durante il soggiorno all'asilo dovrebbe essere segnalato rapidamente ai genitori, che sono pregati di venirlo a cercare al più presto.
- Il bambino che presenta l'uno o l'altro dei sintomi elencati sopra dovrebbe essere esaminato dal proprio medico curante, che valuterà il rischio di propagazione all'interno dell'asilo e determinerà la durata dell'allontanamento in base alla diagnosi (vedi sotto).

3.2.2. Controllo delle infezioni altamente contagiose

In dicembre 2005 l'Associazione dei medici cantonali della Svizzera (AMCS) ha pubblicato una serie di raccomandazioni riguardo all'allontanamento prescolastico e scolastico a seguito di malattie trasmissibili [7]. Di conseguenza il bambino malato dovrà essere temporaneamente tenuto lontano dall'asilo nido d'ospedale (allontanamento) se il medico pone una delle seguenti diagnosi:

- Gastroenterite acuta (indipendentemente dall'agente eziologico): ritorno possibile dopo l'arresto della diarrea.
 - Enterite da *Salmonella* e *Shigella*: ritorno possibile dopo l'arresto della diarrea.
 - Pertosse: ritorno possibile dopo il 6° giorno di trattamento antibiotico.
 - Angina streptococcica e scarlattina: ritorno possibile dopo 24 ore di trattamento antibiotico.
 - Impetigine e foruncolosi: ritorno possibile dopo 24 ore di trattamento antibiotico.
 - Malattia invasiva da meningococchi (meningite, meningococcemia): allontanamento imposto dalla severità della malattia; profilassi antibiotica dei contatti stretti secondo le direttive UFSP e in accordo con l'Ufficio del medico cantonale.
 - Varicella: allontanamento determinato dalla severità della malattia; rientro possibile appena lo stato generale di salute del bambino lo permette.
- Un bambino immunodepresso o immunodeficiente appartenente allo stesso gruppo del bambino colpito da varicella dovrebbe essere immediatamente isolato dal gruppo e i genitori devono essere informati [7]. La direzione dell'asilo nido ha la libertà di stabilire una regola più restrittiva (perfino l'allontanamento del bambino finché le lesioni assumono un aspetto crostoso) ma deve informare la famiglia di questa esigenza prima di accettare l'iscrizione del bambino.
- Morbillo: ritorno a partire dal 5° giorno dopo l'inizio dell'eruzione; ricerca dell'origine dell'infezione e investigazione dei contatti stretti del bambino malato

Tabella 1: Igiene e prevenzione delle infezioni negli asili nido d'ospedale

Misure d'igiene generale	Definire la capacità massima d'accoglienza in funzione della superficie disponibile e del personale in dotazione
	Avere postazioni e equipaggiamenti specifici (toilette, fasciatoi, lavandini a disposizione di bambini e del personale, mobili e oggetti lavabili) in proporzione al numero massimo di bambini
	Pulizia e disinfezione dei locali, degli equipaggiamenti e degli oggetti (materassi, coperte, giocattoli, ecc.)
	Promuovere l'igiene delle mani (personale e bambini)
	Assicurare il rispetto delle regole d'igiene nella conservazione e nella manipolazione delle derrate alimentari
Misure di prevenzione delle infezioni	Verificare che i bambini siano vaccinati conformemente al piano svizzero di vaccinazione
	Applicare le misure previste in caso d'infezione in un bambino, in particolare l'esclusione
	Rispettare la durata d'esclusione prevista
	Controllare che il personale sia vaccinato conformemente al piano svizzero di vaccinazione degli adulti. Promuovere il recupero delle vaccinazioni mancanti
Misure speciali	Disporre di misure particolari per fronteggiare un'eventuale epidemia

[8]; vaccinazione post-esposizione (fino a 72 ore dall'esposizione) delle persone (bambini e adulti) non o solo parzialmente vaccinati; immunizzazione passiva (entro 6 giorni dopo l'esposizione) delle persone a rischio elevato che non possono essere vaccinate (per esempio i bambini con meno di 6 mesi senza IgG anti-morbillo); allontanamento delle persone (bambini e adulti) non immuni o non vaccinati che non possono esserlo entro le 72 ore.

- Epatite A; allontanamento solo se il personale che si occupa del bambino non è immune; ritorno possibile a partire dal 6° giorno dopo l'inizio della diarrea (o itterizia).
- Cheratocongiuntivite epidemica: ritorno possibile dall'arresto dei sintomi
- Tinea capitis e tinea corporis (dermatofitosi): ritorno possibile dopo l'inizio del trattamento
- Pediculosi: ritorno possibile dopo inizio del trattamento
- Scabbia: ritorno possibile dopo inizio del trattamento

Informazione

Uno dei fattori principali per la protezione contro le malattie altamente contagiose dei bambini negli asili nido d'ospedale è la comunicazione rapida e completa delle informazioni. Il primo passaggio spetta al medico curante del bambino malato che è tenuto, in caso di diagnosi di una delle malattie citate al paragrafo 3.2.2, a informare tramite i genitori la direzione dell'asilo. Il secondo passaggio spetta alla direzione dell'asilo, che è tenuta ad informare i genitori di tutti i bambini che hanno avuto un contatto con un bambino colpito da una malattia elencata nel paragrafo 3.2.2. Lo scopo di questa procedura è di favorire l'identificazione precoce, e se necessario un trattamento rapido, di eventuali casi secondari con l'intento di controllare la propagazione dell'infezione nell'istituto e proteggere i bambini particolarmente a rischio di complicazioni (come per esempio i bambini immunodepressi a contatto con una varicella).

Dichiarazione della malattia al servizio di salute pubblica

Il medico curante che pone una diagnosi elencata al paragrafo 3.2.2 è obbligato a annunciare il caso all'Ufficio del medico cantonale se si tratta di una malattia a dichiarazione obbligatoria secondo la lista stabilita dell'UFSP [10]. La notifica è pure necessaria per le malattie non sottostanti all'obbligo di dichiarazione se un numero inatteso di casi vengono osservati nello stesso istituto [10]. Se l'asilo non dispone di un medico, è compito della direzione di notificare all'Ufficio del medico cantonale ogni caso inabituale di:

- Malattie gastrointestinali
- Malattie respiratorie
- Malattie trasmesse da derrate alimentari

Il formulario di dichiarazione è disponibile all'indirizzo

http://www.bag-anw.admin.ch/infreporting/forms/i/arzt_i.pdf

3.2.3. Fine delle misure di allontanamento

L'allontanamento può essere tolto:

- Per le malattie non menzionate al paragrafo 3.2.2: appena lo stato generale del bambino lo permette e i sintomi cardinali (vomito, diarrea, tosse, febbre, eruzione) sono scomparsi o significativamente ridotti.
- Per le malattie elencate nel paragrafo 3.2.2: allo scadere del periodo di allontanamento e dopo accordo con il medico curante del bambino.

4. Bibliografia

1. Rahmenhygieneplan in Deutschland: Rahmenhygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Kindereinrichtungen. Beispiel Bundesland Thüringen: http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tllv/medizin/untersuchung/rhpl-kita-thuerendfassung_13juli2007.pdf
2. Guide des conduites à tenir en cas de maladie transmissible dans une collectivité d'enfants. Département de Santé, France. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/maladie_enfant/sommaire.htm
3. Schweizerisches Epidemiegesetz (Stand 2008, Art. 21): <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/818.101.de.pdf>
4. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Impfplan 2009. Bern, 2009. <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/02535/index.html?lang=de>
5. Bundesamt für Gesundheit Schweizerische Kommission für Impffragen. Prävention von Masern, Mumps und Röteln. Bern, 2003.
6. Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln beim Spitalpersonal. Swissnoso 2001, Band 8, Nr 2.
7. Empfehlungen für den Schul-, Kindergarten-, Tagesstätten- oder Krippen-Ausschluss bei übertragbaren Krankheiten. Ausgearbeitet und genehmigt von der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS) . Dezember 2005 http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/vks/Arbeitshilfen/empfehlung_schulausschluss2006_02.pdf
8. Bundesamt für Gesundheit. Neue Welle der Masernepidemie Anfang 2009: Beschreibung und Massnahmen. Bull BAG 2009: 27:484-491
9. Scabies und Pedikulosen: Epidemiologie, Management und Prävention. Swissnoso 1998, Band 5, Nr. 4.
10. Bundesamt für Gesundheit: Informationen zur Meldepflicht von Infektionskrankheiten. http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/00733/02061/index.html?lang=de

Raccomandazioni per il trattamento della scabbia negli ospedali acuti e negli istituti a lunga degenza.

M. Bühlmann, P. Itin, C. Bellini, G. Zanetti, A.F. Widmer, Universitätsspital Basel

1. Introduzione

La scabbia è un'ectoparassitosi trasmissibile da persona a persona causata dall'acaro *Sarcoptes scabiei*. I sintomi e la terapia dei casi isolati sono stati descritti in dettaglio in una pubblicazione apparsa su SwissNOSO nel 1998. Questo articolo illustra più in dettaglio gli aspetti legati all'apparizione di casi di scabbia all'interno di ospedali e istituti di cura a lunga degenza.

2. Svolgimento di un'epidemia negli istituti di cura

La scabbia può causare delle epidemie negli ospedali e negli istituti a lunga degenza, perché favorita da:

1. dei contatti stretti tra membri del personale e pazienti
2. un numero elevato di individui immunodepressi e di soggetti in età avanzata
3. il lungo periodo di incubazione della scabbia, durante il

quale le persone infestate possono già essere contagiose (portatori asintomatici)

4. L'assenza di diagnosi precoce

I punti di origine di un'epidemia sono generalmente dei soggetti in età avanzata oppure immunodepressi affetti da *Scabies crustosa* (*Scabies norvegica*, o scabbia crostosa), una forma molto infettiva che presenta alte quantità di acari. Tipicamente negli ospedali sono colpiti in prima linea il personale e in seconda linea i famigliari mentre altri pazienti lo sono solo raramente.

Nel corso di un'epidemia di scabbia riscontrata presso l'ospedale universitario di Basilea con più di 1000 persone esposte, 18% dei collaboratori e 5% dei famigliari hanno presentato sintomi compatibili con la scabbia, mentre nessun paziente è stato contagiato. Un caso documentato di trasmissione crociata di scabbia è originata da un collaboratore asintomatico.

Per prevenire o interrompere un'epidemia, è di vitale importanza introdurre precocemente delle misure capaci di interrompere la trasmissione all'interno dell'istituto ma anche nelle famiglie dei collaboratori o dei pazienti.

Alla comparsa di un caso di scabbia sono raccomandate le seguenti misure:

1. La diagnosi deve essere confermata da un dermatologo esperto (dermatoscopia e/o presenza di acari nel raschiamento della pelle).
2. Utilizzare un sovracamice di protezione e guanti monouso per le cure dirette oppure applicare delle misure di isolamento da contatto (*Scabies crustosa*, *S. norvegica*) (vedi Tabella 1)
3. Trattamento delle persone colpite da scabbia documentata
4. Trattamento concomitante delle persone esposte nell'ospedale: tutti i collaboratori (personale infermieristico, medici, terapeuti, assistenti medico-tecnici di radiologia, ecc.) che hanno avuto un contatto diretto pelle a pelle con un caso di scabbia durante il periodo d'incubazione (6 settimane prima dell'apparizione delle lesioni cutanee) come pure le persone che vivono sotto lo stesso tetto, devono sempre essere trattate preventivamente (anche in assenza di sintomi) (vedi tabella 2)
5. Trattamento concomitante delle persone vicine al paziente: tutte le persone che vivono sotto lo stesso tetto, i bambini e i partner sessuali devono essere trattati preventivamente (anche in assenza di sintomi) (vedi tabella 2)
6. Fissare un giorno nel corso del quale tutte le persone implicate (personale curante, pazienti e famigliari) vengono trattati simultaneamente
7. Fino al giorno fissato : portare un sovracamice protettivo e guanti monouso per le cure dirette. I pazienti che lasciano l'ospedale prima del giorno fissato, devono essere trattati prima di essere dimessi, in modo da prevenire la diffusione della scabbia in altri istituti.
8. Per l'interruzione dell'epidemia, adottare la regola: «Hit hard and early».

Tabella 1

Provvedimento		Applicazione
Isolamento		
Paziente con scabbia		
Scabbia classica	Utilizzo di sovracamice protettivo e guanti monouso per le cure fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento (1. dose permethrin; 2.dose Ivermectin/Lindan)	
Scabies crustosa (<i>S. norvegica</i>)	Isolamento da contatto fino a 24 ore dopo la fine del trattamento (2 dosi)	
Collaboratori con scabbia		
Caso isolato	Nessun contatto con il paziente fino a 24 ore dopo l'inizio della terapia	
Epidemia	Utilizzo di sovracamice protettivo e guanti monouso per le cure fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento	
Misure d'igiene		
Biancheria	Dopo il trattamento lavare vestiti e lenzuola a 60°C oppure chiudere ermeticamente in un sacco in plastica per 4 giorni all'aperto (balcone) oppure 24 ore o in frigorifero (per esempio per gli animaletti in stoffa)	
Mobili imbottiti	Scabbia classica: nessuna misura Scabies crustosa (<i>S. norvegica</i>): passare l'aspirapolvere	
Terapia		
Scabbia classica		
1. scelta	Topico	Permethrin 5% (Infectoscab®) D1 e D8** oppure
	Sistemico	Ivermectin (Stromectol®) 200 µg/Kg peso corporeo D1 e D14*
2. scelta	Topico	Lindan (Jacutin®), D1-3 e D8-10
Gravidanza	Topico	Permethrin 5% (Infectoscab®) D1 e D8** Assorbimento sistemico <0.5%, in esperimenti animali nessuna evidenza di tossicità embrionale o teratogenicità
Allattamento	Topico	Permethrin 5% (Infectoscab®) D1 e D8** Pausa d'allattamento nei giorni D1-3
Bambini		
1. scelta	Topico	Permethrin 5% (Infectoscab®) D1 e D8** Neonati < 2 mesi: secondo raccomandazioni individuali del dermatologo
2. scelta	Sistemico	Ivermectin (Stromectol®) da 15 Kg, adattare la dose al peso corporeo* oppure
	Topico	Lindan (Jacutin®) da 3 anni D1-3 e D8-10 Applicazione dopo consultazione con il dermatologo
Scabies crustosa (<i>S. norvegica</i>)		
Topico e sistemico		Secondo raccomandazioni individuali del dermatologo
Terapia preventiva		
1. scelta	Topico	Permethrin 5% (Infectoscab®) D1 e D8
2. scelta	Sistemico	Ivermectin (Stromectol®) 200 µg/Kg peso corporeo D1 e D14* oppure
	Topico	Lindan (Jacutin®), D1-3 e D8-10

* per persona

> 50 kg:4 compresse di Ivermectin da 3 mg

36-50 kg:3 compresse di Ivermectin da 3 mg

25-35 kg:2 compresse di Ivermectin da 3 mg

15-24 kg:1 compressa di Ivermectin da 3 mg

** la seconda dose di Permethrin viene consigliata se sono ancora presenti sintomi oppure in presenza di un'epidemia

D=giorni

3. Misure da intraprendere

La Permetrina al 5% sotto forma di crema è il trattamento raccomandato di prima intenzione a livello internazionale contro la scabbia, dal momento che si tratta di un preparato economico, facile da applicare e che presenta una migliore efficacia (97.8% dopo 1 applicazione, Hengge et al,

Lancet infect Dis 2006) e una migliore tolleranza rispetto al Lindan (Jacutin®), che è attualmente il solo medicamento autorizzato in Svizzera per il trattamento della scabbia. L'Ivermectin sotto forma di compresse è raccomandato come alternativa (efficacia del 95% dopo 2 dosi) (vedi tabella 1).

Tabella 2

Medicamento	Effetto collaterale ¹	Controindicazioni	Autorizzazione
Lindan (Jacutin®)	Irritazione cutanea ; Neurotossicità in caso di assorbimento sistemico	Gravidanza, allattamento, bambini < 3 anni, dermatiti o piaghe aperte; prudenza in caso di epilessia	Svizzera
Permethrin 5% (Infectoscab®)	Irritazione cutanea, secchezza cutanea, reazioni allergiche; Raramente mal di testa; molto raramente difficoltà respiratorie in caso di reazioni allergiche ai piretroidi	Ipersensibilità a piretroidi/crisantemi/Asteraceae	Germania, non ammesso in Svizzera ²
Ivermectine (Stromectol®)	Sintomi gastrointestinali, stanchezza, prurito, reazioni allergiche, edemi periferici; raramente: ortostatismo, tachicardia	Bambini < 15 kg, gravidanza, allattamento, allergie a uno dei componenti	Francia, non ammesso in Svizzera ²

1- principali effetti collaterali. Per dati più precisi su effetti collaterali e applicazione consultare il foglio illustrativo

2- Conformemente all'Art. 36 dell'Ordinanza sulle autorizzazioni nel campo di medicinali, i prodotti terapeutici autorizzati nell'UE possono essere impiegati in Svizzera senza particolare permesso se:

1. la prescrizione del medicamento è fatta da personale medico per il trattamento di un dato paziente o in caso di urgenza

2. il medicamento viene impiegato per le stesse indicazioni fornite dal paese che l'ha autorizzato (UE o USA)

3. in Svizzera non esistono medicinali sostitutivi autorizzati

Infectoscab® e Stromectol® soddisfano questi criteri per il trattamento di una scabbia documentata.

Le preparazioni possono essere comandate in Europa dalla farmacia (termine di consegna per Infectoscab® circa 1- 2 giorni, per Stromectol® 3-4 giorni).

Non esistono autorizzazioni UE per i due prodotti terapeutici usati per la prevenzione della scabbia nelle persone a contatto; una domanda speciale d'autorizzazione per l'uso "off-label" (fuori indicazione) di un medicamento deve essere indirizzata a Swissmedic (<http://www.swissmedic.ch> : Formulario 3.1.24 : "Formulario Autorizzazione speciale per "Compassionate Use"). In casi urgenti, un'autorizzazione può essere rilasciata dopo colloquio telefonico (giorni feriali).

Swiss-NOSO

è pubblicato trimestralmente con il sostegno dell'Ufficio Federale di Sanità Pubblica (OFSP), della Società Svizzera d'Igiene Ospedaliera (SSIO) e della Società Svizzera di Malattie Infettive (SSI).

Redazione

Carlo Balmelli (Lugano), Karim Boubaker (OFSP), Patrick Francioli (Losanna), Kathrin Mühlemann (Bern), Didier Pittet (Ginevra), Pierre-Alain Raeber (OFSP), Christian Ruef (Zurigo), Hugo Sax (Ginevra), Nicolas Troillet (Sion), Andreas F. Widmer (Basilea), Giorgio Zanetti (Losanna)

Impaginazione

Laurent Francioli (Losanna)

Corrispondenza

Prof. Dr. Christian Ruef, Spitalhygiene, HAL 14C, Universitätsspital Zürich, 8091 Zürich

Internet

<http://www.swiss-noso.ch>

Swiss-NOSO controlla rigorosamente il contenuto di ogni volume per assicurare che la scelta ed il dosaggio dei farmaci e di altri prodotti citati sia congruente con le raccomandazioni e la pratica in vigore al momento della pubblicazione. Considerando i progressi continui della ricerca e l'evoluzione della scienza medica, come pure i possibili cambiamenti a livello regolatorio, Swiss-NOSO declina ogni responsabilità in relazione ad eventuali conseguenze legate ad un errore della posologia, dell'applicazione o dell'uso di medicinali o altri prodotti.