



MINISTERO DELLA SALUTE
SOAR
Servizio Osservazione Analisi e Risposta



Ministero della Salute
 Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
 Ufficio III



Croce Rossa Italiana
 Reparto di Sanità Pubblica

DOCUMENTO 20110611 D - Diffusione : RSP

L.Vellucci (*) V.Costanzo (*) – U. Angeloni () – M. Figoni (***)**

SELEZIONE INFO

LA SCABBIA

Giugno 2011

(*) Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione – Ufficio III
 (**) Croce Rossa Italiana – Direzione Sanitaria Nazionale – Reparto di Sanità Pubblica
 (***) Croce Rossa Italiana – Reparto di Sanità Pubblica

Il Servizio Osservazione Analisi nasce in seno all'Ufficio III della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute. La predisposizione e l'invio del presente bollettino vengono effettuate nell'ambito dell'Accordo di Collaborazione tra il Ministero e la Croce Rossa Italiana finalizzato al rafforzamento del sistema di sorveglianza sanitaria e di risposta rapida in applicazione del Nuovo Regolamento Sanitario Internazionale (OMS, 2005), accordo che ha comportato la costituzione del Reparto Nazionale di Sanità Pubblica (RSP) della Croce Rossa Italiana che collabora dal punto di vista operativo, nelle attività sanitarie previste dal citato Regolamento. Esso rappresenta un punto di osservazione, di analisi e valutazione di eventi di interesse sanitario. Si propone inoltre lo studio finalizzato alla predisposizione di modelli di risposta. Il Bollettino del S.O.A.R. rappresenta uno strumento informativo e di comunicazione semplice, rapido, anche se relativo ad informazioni non "certificate", e delle quali è sempre riportata la fonte. La diffusione è riservata all'interno del Servizio, degli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera, e degli Enti ed Amministrazioni potenzialmente interessate alla gestione di possibili situazioni di emergenza. La diffusione del Bollettino avviene esclusivamente per posta elettronica. Chiunque riceva il presente documento e ritenga di non doverne essere destinatario è pregato di inviare una mail all'indirizzo v.costanzo@sanita.it con scritto

“ RIFIUTO “.



Electron micrograph of
scabies mite

<http://www.informazionimediche.com/2011/05/la-scabbia.html>





SCABBIA

La scabbia è causata da un acaro della cute, il *Sarcoptes scabiei* var *hominis*, appartenente alla famiglia degli aracnidi (come i ragni e le zecche). Dopo l'accoppiamento, gli acari adulti maschi rimangono sulla pelle, mentre le femmine scavano una galleria dove depositeranno le uova. Le femmine scavano ad una velocità di 2-3 mm al giorno e depositano 1-3 uova al giorno nella galleria. Vivono per 4-6 settimane. Le uova si schiudono entro 3-4 giorni, liberando una larva che fuoriesce dalla volta del tunnel, scavando brevi cunicoli (tasche di muta) sulla superficie della pelle, dove rimane sino a maturazione. Dalla deposizione delle uova allo stato di acaro adulto passano 10-13 giorni.

Questo acaro è un parassita umano obbligato, che non è in grado di resistere a lungo nell'ambiente se allontanato dall'ospite (non oltre le 36 ore). Il contagio è pertanto interumano diretto. La trasmissione è di frequente riscontro nell'ambito del nucleo familiare; tra gli adulti, il contagio avviene prevalentemente per contatto sessuale. Il rischio di diffusione tramite indumenti, biancheria da letto e asciugamani utilizzati da pazienti con sintomi tipici della scabbia è basso, ma può aumentare se il paziente è affetto dalla scabbia a croste, caratterizzata da una massiccia infestazione da acari.

La scabbia è endemica in tutto il mondo e colpisce persone di tutti i livelli socioeconomici, senza distinzione di età o sesso. Rara fino a trenta - quarant'anni fa, è divenuta ovunque nuovamente frequente. I motivi delle periodiche ricorrenze della scabbia non sono noti, mentre sono noti alcuni fattori che ne favoriscono la diffusione, spesso in modo indipendente fra loro. Nei Paesi occidentali, questi fattori sono costituiti dallo scarso livello igienico, dalla promiscuità, dai viaggi internazionali e, infine, dalla permanenza presso strutture socioassistenziali (anche se di ottimo livello igienico). L'infestazione è possibile in ogni periodo dell'anno, anche se risulta più frequente in inverno che in estate, per la tendenza al sovraffollamento in luoghi chiusi.

Per la scabbia in Italia sussiste l'obbligatorietà della denuncia.

Segni e sintomi

I principali sintomi della scabbia sono causati da una reazione di ipersensibilità nei confronti degli acari presenti nei cunicoli e dei loro prodotti (es. saliva, escrementi). Negli adulti, l'infestazione si presenta in modo caratteristico con un prurito generalizzato, persistente e molto intenso che ha inizio entro 2-6 settimane dall'avvenuta contaminazione, ma, in caso di reinfestazione, si assiste alla ricomparsa dei sintomi entro 24-48 ore. Il prurito spesso si aggrava di notte quando la persona infestata è a letto al caldo (e l'attività degli acari aumenta). Il grattamento ha come conseguenza la comparsa di escoriazioni diffuse sulla pelle. Si formano, inoltre, lesioni (papule e vescicole) associate all'infestazione stessa che possono infettarsi. Contemporaneamente, si manifesta una più generalizzata eruzione pruriginosa, che non sembra legata ad una evidente attività degli acari (gallerie visibili in sede). Le gallerie (hanno l'aspetto di papule tipicamente bianche o grigie, lineari, sinuose, sottili con una vescicola scura terminale contenente la femmina dell'acaro) si trovano prevalentemente negli spazi tra le dita, sui polsi e sui gomiti, ma possono essere rinvenute sui piedi, sulle caviglie, sui genitali (nei maschi), sui capezzoli e sul palmo delle mani. Nelle persone più anziane, l'infestazione può avere una distribuzione più ampia. Nei bambini al di sotto dei 2 anni di età, l'infestazione spesso si presenta sotto forma di vescicole e interessa le aree prive di peli del volto, della testa, del collo, del cuoio capelluto, della pianta dei piedi e le zone retroauricolari. La scabbia raramente colpisce i bambini con meno di 2 mesi.

Una minoranza di persone sviluppa la scabbia a croste (originariamente chiamata scabbia Norvegese), che si presenta in modo caratteristico con lesioni crostose sulle mani, i piedi, il cuoio capelluto, le orecchie e le aree sotto le unghie. Questa forma dell'infestazione può essere asintomatica e, occasionalmente, assomiglia ad un eczema o a psoriasi. E' più frequente nei pazienti immunodepressi o ricoverati presso strutture assistenziali.

Se non viene trattata, la scabbia può essere complicata da infezioni secondarie della pelle e, a loro volta, queste possono mascherare una scabbia sottostante.

Trattamento

Il trattamento della scabbia si basa sull'applicazione di prodotti che uccidono l'acaro responsabile (acaricidi), preceduta da un energico lavaggio della pelle e seguita dalla sostituzione degli indumenti e degli effetti lettereschi che devono essere lasciati all'aria per 48 ore o lavati a secco. Sono registrati come acaricidi l'associazione tra permetrina al 2,5% e benzile benzoato al 5% sotto forma di crema (*Antiscabbia CM* in associazione a benzocaina), il crotamitone crema al 10% (*Eurax*) e il bucarbetene (*Paf*). Il malathion presente sotto forma di gel (*Aftir*) ha come unica indicazione il trattamento della pediculosi. La crema di permetrina al 5% è da poco disponibile come specialità medicinale (*Scabianil*) per il trattamento della scabbia.

In generale, sono pochi gli studi comparativi randomizzati condotti su questi farmaci.

Crema di permetrina al 5%

La permetrina è un piretroide sintetico dotato di attività acaricida e ovicida. Una metanalisi della Cochrane di 5 studi controllati, randomizzati, indica che la permetrina in crema al 5% è più efficace del lindano all'1% (in molti paesi, compreso il nostro, ritirato per problemi di neurotossicità) e del crotamitone al 10%. In due studi controllati, randomizzati, condotti su 181 adulti e bambini, dopo 4 settimane, una singola applicazione di permetrina in crema al 5% ha guarito lo stesso numero di pazienti (88-100%) di due somministrazioni di ivermectin 200 mcg/kg, a distanza di 2 settimane l'una dall'altra (95%). La singola applicazione di permetrina si è dimostrata superiore alla singola dose di ivermectin (70%) o alla singola applicazione di crotamitone in crema al 10% (58%) nell'eradicazione della parassitosi. La permetrina risulta ben tollerata; sono segnalati lievi e transitori effetti indesiderati locali comprendenti bruciore, fastidio o formicolii. Il farmaco viene scarsamente assorbito dalla cute; le modeste quantità che passano in circolo vengono rapidamente metabolizzate a composti inattivi ed eliminate con le urine. La permetrina può essere utilizzata con sicurezza in gravidanza e in corso di allattamento al seno.

Soluzione di malathion allo 0,5%

In due studi controllati, condotti su un totale di 53 pazienti con scabbia, una singola applicazione di malathion allo 0,5%, lasciato sulla cute per 24-48 ore, ha eradicato l'infestazione nel 67-83% dei pazienti nell'arco di 2-4 settimane. Questi dati richiedono conferma.

Il malathion assorbito dopo applicazione topica perde rapidamente la sua tossicità ad opera delle carbossilesterasi plasmatiche. Il 4,5% circa di una singola dose applicata sulla pelle è rinvenibile nelle urine nel corso dei successivi 7 giorni. Raramente il malathion causa irritazione cutanea.

Emulsione di benzile benzoato al 25%

Il benzoato di benzile viene incorporato in diverse formulazioni galeniche che vanno applicate uniformemente sulla cute di tutto il corpo (ad eccezione del capo) dopo energica detersione. Uno studio controllato, randomizzato, effettuato su 58 adulti e bambini (di età superiore ai 5 anni), ha dimostrato che una singola applicazione di emulsione di benzile benzoato al 25% è meno efficace di una singola dose orale di ivermectin (200 mcg/kg) nell'eradicare la scabbia a 30 giorni (percentuali di guarigione 48% vs. 93%). In un altro studio randomizzato, condotto su 44 pazienti, dopo 30 giorni, le percentuali di guarigione sono state del 48% con due applicazioni di una emulsione al 10% di benzile benzoato e del 70% con una singola dose ridotta di ivermectin (100 mcg/kg). In uno studio non randomizzato, effettuato su 194 pazienti, non si sono registrati

Servizio Osservazione Analisi e Risposta

fallimenti terapeutici col benzile benzoato (al 10% o al 20% applicato per 3 notti consecutive) o con la permetrina (al 2,5% o al 5%), rispetto ai 5 fallimenti col lindano. Il benzile benzoato irrita la pelle e causa una fastidiosa sensazione di bruciore che può influenzare negativamente la compliance; sono state segnalate anche dermatiti allergiche da contatto. Dopo applicazione topica, l'assorbimento del farmaco è minimo. In Italia, non è in commercio alcuna specialità a base di benzile benzoato al 25%. Per il suo utilizzo si deve ricorrere alla preparazione magistrale.

Crema di crotamitone al 10%

In due studi non controllati, condotti su un totale di 100 bambini di età compresa tra i 2 mesi e i 2 anni, il crotamitone, sotto forma di crema o lozione, applicato per 3-5 giorni consecutivi ha eradicato la scabbia nel 48-100% dei pazienti^{14,15}. Questi risultati richiedono conferma. Il crotamitone è meno efficace della crema di permetrina al 5% e viene utilizzato raramente in Inghilterra per l'eradicazione della scabbia per la sua scarsa efficacia. Il crotamitone può, tuttavia, contribuire ad alleviare il prurito causato dalla scabbia.

Dopo applicazione sulla pelle di crema di crotamitone al 10%, nel plasma si ritrovano bassi livelli di crotamitone.

Sulla base di quanto affermato dalla ditta produttrice, il crotamitone non è raccomandato in gravidanza, soprattutto durante il primo trimestre. Le madri che allattano al seno non devono applicare il prodotto sui capezzoli o sulle aree periareolari.

Ivermectin orale (Mectizan MSD, non disponibile in Italia)

In uno studio controllato, randomizzato, su 85 pazienti con scabbia, si sono rese necessarie almeno due dosi di 200 mcg/kg a distanza di una settimana l'una dall'altra per ottenere percentuali di guarigione del 95%. In uno studio non randomizzato effettuato su 60 episodi di scabbia grave o crostosa in 39 pazienti con HIV, l'ivermectin (singola dose orale di 200 mcg/kg) associata alla soluzione di benzile benzoato al 15% (una applicazione due volte al giorno per 3 giorni) ha prodotto un numero di guarigioni più alto rispetto ai due farmaci utilizzati singolarmente (100% vs. 57% con ivermectin e 45% con benzile benzoato).

Gli effetti indesiderati dell'ivermectin orale comprendono prurito, disturbi gastrointestinali, artralgia, febbre, rash maculopapulari e linfadenopatia. Il farmaco è controindicato in gravidanza e in allattamento e non è stato valutato nei bambini con un peso inferiore ai 15 kg. L'ivermectin tuttavia non ha le indicazioni per il trattamento della scabbia.

Per migliorare le probabilità di successo del trattamento

Sulla base dei dati di efficacia e tollerabilità, la permetrina è il farmaco di prima linea nel trattamento della scabbia; il malathion va considerato come trattamento di seconda scelta. Entrambi vanno applicati due volte a distanza di una settimana l'una dall'altra. Per il benzile benzoato possono essere necessarie tre applicazioni per tre giorni di seguito.

Tutti i pazienti (o i loro familiari o il personale di assistenza) devono ricevere dettagliate istruzioni scritte in aggiunta alle raccomandazioni verbali sul corretto impiego degli acaricidi. Ai pazienti va detto di evitare un bagno caldo prima di applicare il trattamento topico dal momento che questo potrebbe favorire l'assorbimento dell'acaricida e il suo passaggio nel circolo sistemico, rimuovendolo dalla sede di azione cutanea e aumentando il rischio di effetti indesiderati sistemici. Il farmaco va applicato su tutto il corpo (ad esclusione della testa e del collo), prestando particolare attenzione agli spazi interdigitali delle mani e dei piedi. Le unghie devono essere tagliate corte, eliminando ogni frammento prima di applicare il trattamento su queste aree. Nei bambini sino a circa 2 anni di età, nei pazienti immunocompromessi, negli anziani e nei pazienti nei quali il trattamento sia fallito, l'applicazione deve essere estesa al cuoio capelluto, al collo, al volto e alle

Servizio Osservazione Analisi e Risposta

orecchie. E' necessario riapplicare il farmaco sulle aree, come le mani o i genitali, che vengono lavate durante il periodo di trattamento. Tutti i membri del nucleo familiare e le persone che hanno avuto rapporti sessuali col soggetto infestato devono essere trattati contemporaneamente dato che un singolo individuo infestato può reinfestare le persone con cui viene a stretto contatto. Nel caso di pazienti con scabbia crostosa, la biancheria intima usata di recente, le federe, le lenzuola e gli asciugamani devono essere lavati in lavatrice ad una temperatura superiore a 50° C o mantenuti in un sacco di plastica chiuso per almeno 72 ore sino a che gli acari non muoiano. Dopo un trattamento andato a buon fine, per diverse settimane può persistere un prurito residuo; è bene avvertire i pazienti che il prurito non sta necessariamente ad indicare l'insuccesso del trattamento. Tuttavia, si deve sospettare un fallimento se, dopo il trattamento, il prurito aumenta di intensità o compaiono nuovi cunicoli a qualsiasi stadio. I fallimenti si verificano per lo più in conseguenza di una applicazione non corretta (es. mancata applicazione sull'intera superficie corporea, compresa la testa, le zone retroauricolari e subungueali) o quando non vengono trattati contemporaneamente i soggetti infestati e le persone che hanno avuto stretti contatti con loro, consentendo così la reinfestazione. In questi casi, può essere intrapreso un secondo ciclo di trattamento con lo stesso acaricida o con un acaricida diverso dopo aver preso tutte le misure necessarie per garantire la corretta applicazione del prodotto e il trattamento simultaneo di tutti i membri del nucleo familiare e dei soggetti che hanno avuto rapporti sessuali con la persona infestata. Laddove il trattamento dovesse fallire nonostante l'adozione di tali precauzioni, va effettuato un altro ciclo di terapia con un acaricida diverso. Il fallimento può anche essere imputato al rifiuto del trattamento da parte dei contatti stretti, al lavaggio della preparazione prima del tempo o all'impiego di preparazioni inidonee (es. permetrina all'1% anziché al 5%).

Prurito post-scabbia

Il prurito può migliorare o scomparire con l'uso di emollienti (soprattutto dopo un bagno o una doccia), di antistaminici sedativi la sera prima di andare a letto, di crotamitone in crema o lozione, o di blandi corticosteroidi topici sotto forma di crema.

Scabbia crostosa

La scabbia crostosa deve essere trattata sotto la supervisione di uno specialista. Le croste vanno ammorbidite e rimosse con l'uso di un cheratolitico (es. unguento di acido salicilico al 2%), applicato due volte al giorno per 2-3 giorni. Allo stato attuale delle conoscenze, il trattamento topico (es. permetrina al 5%) associato all'ivermectin orale sembra essere l'opzione terapeutica più efficace.

Epidemie nosocomiali

In caso di epidemie di scabbia all'interno di ospedali o istituti di ricovero per anziani, la strategia più efficace consiste nel sottoporre a trattamento tutti i residenti, il personale di assistenza e i loro familiari. Gli operatori dei Servizi di igiene pubblica e il personale deputato al controllo delle infezioni ospedaliere devono essere informati dell'accaduto e devono definire un protocollo chiaro sulle modalità di coordinamento della campagna di trattamento di massa.

Bibliografia

1. Kemp DJ et al. The scourge of scabies. *Biologist* 2002; 49: 19-24.
2. Downs AMR et al. The epidemiology of head lice and scabies in the UK. *Epidemiol Infect* 1999; 122: 471-7.

3. Adjei O, Brenya RC. Secondary bacterial infection in Ghanaian patients with scabies. *East Afr Med J* 1997; 74: 729-31.
4. Scott GR. European for the management of scabies. *Int J STD AIDS* 2001; 12 (Suppl 3): 58-61.
5. Usha V, Gopalakrishnan-Nair TV. A comparative study of oral ivermectin and topical permethrin cream in the treatment of scabies. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 236-40.
6. Taplin D et al. Comparison of crotamiton 10% cream (Eurax) and permethrin 5% cream (Elimite) for the treatment of scabies in children. *Pediatr Dermatol* 1990; 7: 67-73.
7. Walzer GJA, Johnstone PW. Interventions for treating scabies (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. (Last substantive amendment 24 May 2000).
8. Wester RC et al. Malathion percutaneous absorption after repeated administration to man. *Toxicol Appl Pharmacol* 1983; 68: 116-9.
9. Hanna NF et al. Sarcoptes scabiei infestation treated with malathion liquid. *Br J Venereol Dis* 1978; 54: 354.
10. Thianprasit M, Schuetzenberger R. Prioderm lotion in the treatment of scabies. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1984; 15: 119-21.
11. Nnoruka EN, Agu CE. Successful treatment of scabies with oral ivermectin in Nigeria. *Tropical Doctor* 2001; 31: 15-8.
12. Glaziou P et al. Comparison of ivermectin and benzyl benzoate for treatment of scabies. *Trop Med Parasitol* 1993; 44: 331-2.
13. Roos TC et al. Pharmacotherapy of ectoparasitic infections. *Drugs* 2001; 61: 1067-88.
14. Cubela V, Yawalkar SJ. Clinical experience with crotamiton cream and lotion in treatment of infants with scabies. *Br J Clin Practice* 1978; 32: 229-31.
15. Konstantinov D et al. Crotamiton cream and lotion in the treatment of infants and young children with scabies. *J Int Med Res* 1979; 7: 443-8.
16. Alberici F et al. Ivermectin alone or in combination with benzyl benzoate in the treatment of human immunodeficiency virus-associated scabies. *Br J Dermatol* 2000; 142: 969-72.
17. Cox NH. Permethrin treatment in scabies infestation: importance of the correct formulation. *BMJ* 2000; 320: 37-8.
18. Orkin M, Maibach HI. Scabies therapy - 1993. *Semin Dermatol* 1993; 12: 22-5.
19. Burns DA. An outbreak of scabies in a residential home. *Br J Dermatol* 1987; 117: 359-61.

SCHEMA PRATICO DI TERAPIA CONTRO LA SCABBIA - esempio 1 (2 CICLI – 36 ORE)

con ANTISCABBIA CANDIOLI

100 g contengono

Principi Attivi: Benzocaina g 2,0 - Benzile Benzoato g 5,0 - p,p'-Diclorodifenil Tricloroetano g 1,5

Eccipienti: Acido Stearico g 7,27 - Polietilenglicole 1550 g 8,34 - Trietanolamina g 1,82 - Sodio Carbosimetilcellulosa g 0,73 - Acqua Depurata g 73,34

1° CICLO

- 1° sera**
- a) bagno caldo in vasca spazzolando delicatamente le lesioni (*)
 - b) applicare lo scabicida (**Antiscabbia Candioli**) dal collo in giù, su tutta la superficie corporea.

(*) prima della applicazione dello scabicida attendere che la temperatura della pelle si sia abbassata onde non consentire un assorbimento cutaneo del farmaco.

Mattino seguente Senza praticare bagno o doccia, applicare lo scabicida dal collo in giù, su tutta la superficie corporea.

- 2° sera**
- Senza praticare bagno o doccia, applicare lo scabicida dal collo in giù, su tutta la superficie corporea.

- Mattino seguente**
- a) bagno o doccia
 - b) cambio della biancheria personale e del letto incluso i pigiama.

2° CICLO

Come il primo ciclo. Deve essere praticato dopo **5-7 giorni** dalla conclusione del 1° ciclo.

Controllo dopo **2 settimane**: eventuale nuovo trattamento.

NB. Gli indumenti a contatto con la pelle e la biancheria del letto vanno lavati in lavatrice a temperatura max. 60°C. Per gli altri capi basta non usarli per 2 settimane. Nessuna pulizia ambientale.

SCHEMA PRATICO DI TERAPIA CONTRO LA SCABBIA - esempio 2**con BENZOATO DI BENZILE + PERMETRINA**

Il **Benzoato di Benzile al 33%** in olio di semi e la **Permetrina 5%** in crema sono i due preparati necessari per il trattamento dei pazienti.

I preparati in crema di benzoato di benzile si preparano anche in farmacia.

DALLA 1° ALLA 4° SERA (BENZOATO DI BENZILE)

Il **benzoato di benzile** in olio di semi (o crema) deve essere cosparso la sera su tutto il corpo, ad eccezione del volto e cuoio capelluto, e deve essere mantenuto in sede tutta la notte. Al mattino bisogna lavarsi con un detergente delicato.

Il trattamento deve essere ripetuto per **4 sere consecutive**.

DOPO 8 GIORNI DALLA 4° SERA (AL 12° GIORNO)

Dopo **8 giorni** dall'ultima applicazione bisogna ripetere l'applicazione del benzoato di benzile ma questa volta solo per una notte.

1° - 2° - 10° SERA (PERMETRINA)

La **Permetrina** in crema deve essere applicata solo per due sere consecutive e dopo 8 giorni bisogna ripetere l'applicazione ma solo per una notte.

FAMILIARI

Se invece non sono presenti sintomi i familiari dovranno applicare il Benzoato di Benzile per due sere consecutive mentre la Permetrina solo per un sera.

DISINFESTAZIONE DEGLI AMBIENTI

Per disinfestare locali e eventualmente anche la mensa (oltre che materassi, divani, poltrone e pavimenti) è consigliabile l'uso di strumenti a getto di vapore ad alta temperatura, unico presidio che ti da una certa sicurezza oltre a Vaporella.

Lenzuola, coperte e vestiti vanno lavati a macchina a temperatura superiore ai 60°.

AMBIENTI OSPEDALIERI

PULIZIA AMBIENTALE: la sanificazione e la disinfezione giornaliera della camera vanno eseguite **dopo** la pulizia delle altre camere di degenza come segue:

- a. Indossare i DPI necessari (copricapo + camice monouso o tuta integrale, guanti non sterili monouso)
- b. Aerare la camera
- c. Scopare ad umido
- d. Lavare il pavimento con detergente
- e. Disinfettare il pavimento con Clorossidante Elettrolitico (es. ANTISAPRIL 2%) da impiegare su superfici asciutte. (Vedi sotto)

CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE DELLA PATOLOGIA INFETTIVA IN OSPEDALE

f. Detergere e disinfettare con Clorossidante Elettrolitico (ANTISAPRIL 2%) l'unità. Se non avete questo lavare con varecchina al 10% e lasciate asciugare in modo di lasciare il tempo alla sostanza di agire.

g. Praticare disinfestazione una volta al giorno della camera del paziente con spray a base di Piretro (vanno benissimo quelli per formiche) spruzzandolo in particolare lungo il perimetro e negli angoli del locale.

Tutto il materiale utilizzato per la pulizia deve rimanere nella camera e deve essere accuratamente lavato e disinfettato dopo l'uso.