

**RAPPORTO REGIONALE SU
INFEZIONI CORRELATE
ALL'ASSISTENZA**

**La sanificazione in ambito
sanitario, un percorso ad
ostacoli tra outsourcing e
gestione interna“**

Parte prima

GENOVA 7 APRILE 2017

REGIONE LIGURIA - PIAZZA DELLA VITTORIA 15

PIANO AMMEZZATO - ORARIO: 9 - 13



PROLOGO

Non ci sono dubbi sul ruolo di pulizia e disinfezione ambientale nella prevenzione e nel controllo delle infezioni

La contaminazione delle superfici da parte di microrganismi multiresistenti non richiede l'adozione di prodotti diversi da quelli di comune utilizzo



le procedure di sanitizzazione ambientale devono essere rafforzate (aumenta la frequenza) in presenza di multiresistenti, soprattutto nel caso di endemie o eventi epidemici.

**E' comunque fondamentale:
che i disinfettanti vengano utilizzati
correttamente**

**che non si trascurino mai le procedure di
sanitizzazione ambientale**



Infine, in attesa che la legge Gelli 8 marzo 2017 veda la sua applicazione in materia di linee guida , raccomandazioni, protocolli ecc.

Sarebbe auspicabile che il CIO Regionale promuovesse un laboratorio di studio atto a formulare le indicazioni sui livelli minimi di sanificazione in ambito sanitario



Le superfici ambientali: sono un veicolo di trasmissione dei microrganismi

**cosa stabiliscono gli esperti per la sanificazione degli
ambienti sanitari**

**Individuazione delle classi di rischio o complessità
delle aree**

**Individuazione della tipologia e frequenza di intervento
da applicare**

Individuazione delle funzioni da attribuire in outsourcing

Esclusione delle funzioni da attribuire in outsourcing

PRIMA DOMANDA

Chi pulisce le superfici che non sono soggette ad appalto ?

dipende

Forse non tutti sanno che ci sono situazioni che non prevedono l'intervento della ditta di pulizie come ad esempio:

Risanamento dell'unità paziente in caso di trasferimento o dimissione del paziente;

Tra un intervento chirurgico e l'altro;

Tra un esame e l'altro nei servizi diagnostici.....

.....il monitor

.....l'apparecchio ECG

.....la tastiera del PC

.....

Il personale sanitario deputato ad effettuare tali interventi è l' OSS al quale, come noto, vengono attribuite altre destinazioni d'uso ed una formazione poco incline a soddisfare tali necessità. Per cui la pulizia di alcune superfici è trascurata

Quindi?

Quindi viviamo nell'illusione che queste superfici non vengano a contatto con le mani e quindi non influiscano nella contagiosità

Quindi dobbiamo sviluppare alcuni fattori

coinvolgere lo staff sanitario

Sensibilizzare sull'emivita dei microrganismi sulle superfici

individuare chi e come deve effettuare le prestazioni.

SECONDA DOMANDA

Chi ha stabilito che alcune superfici non debbano essere pulite dalla ditta delle pulizie ma da altri operatori?



NOI



PERCHE'?



Risposta

Si pensava che il personale ausiliario prima e oss poi potessero soddisfare, con più accuratezza, le necessità di pulizia e disinfezione degli apparati e dei presidi più delicati o comunque contigui all'assistito.



Ultima riflessione:

Per pulire un ristorante o un albergo occorre una qualificazione professionale specifica,

per pulire in ospedale non è necessaria alcuna qualifica e nessun corso.

Quando leggiamo negli appalti che il personale ha effettuato i corsi di addestramento al lavoro occorre sapere che si riferiscono unicamente a anti incendio e dpi.



EPILOGO

Occorre quindi far coincidere l'igiene degli ambienti sanitari con le necessità di salvaguardia della salute attraverso un uso appropriato delle risorse disponibili

Quindi più pulizie per meno colistina

Grazie

**RAPPORTO REGIONALE SU
INFEZIONI CORRELATE
ALL'ASSISTENZA**

**La sanificazione in ambito
sanitario, un percorso ad
ostacoli tra outsourcing e
gestione interna“**

Parte seconda

GENOVA 7 APRILE 2017

REGIONE LIGURIA - PIAZZA DELLA VITTORIA 15

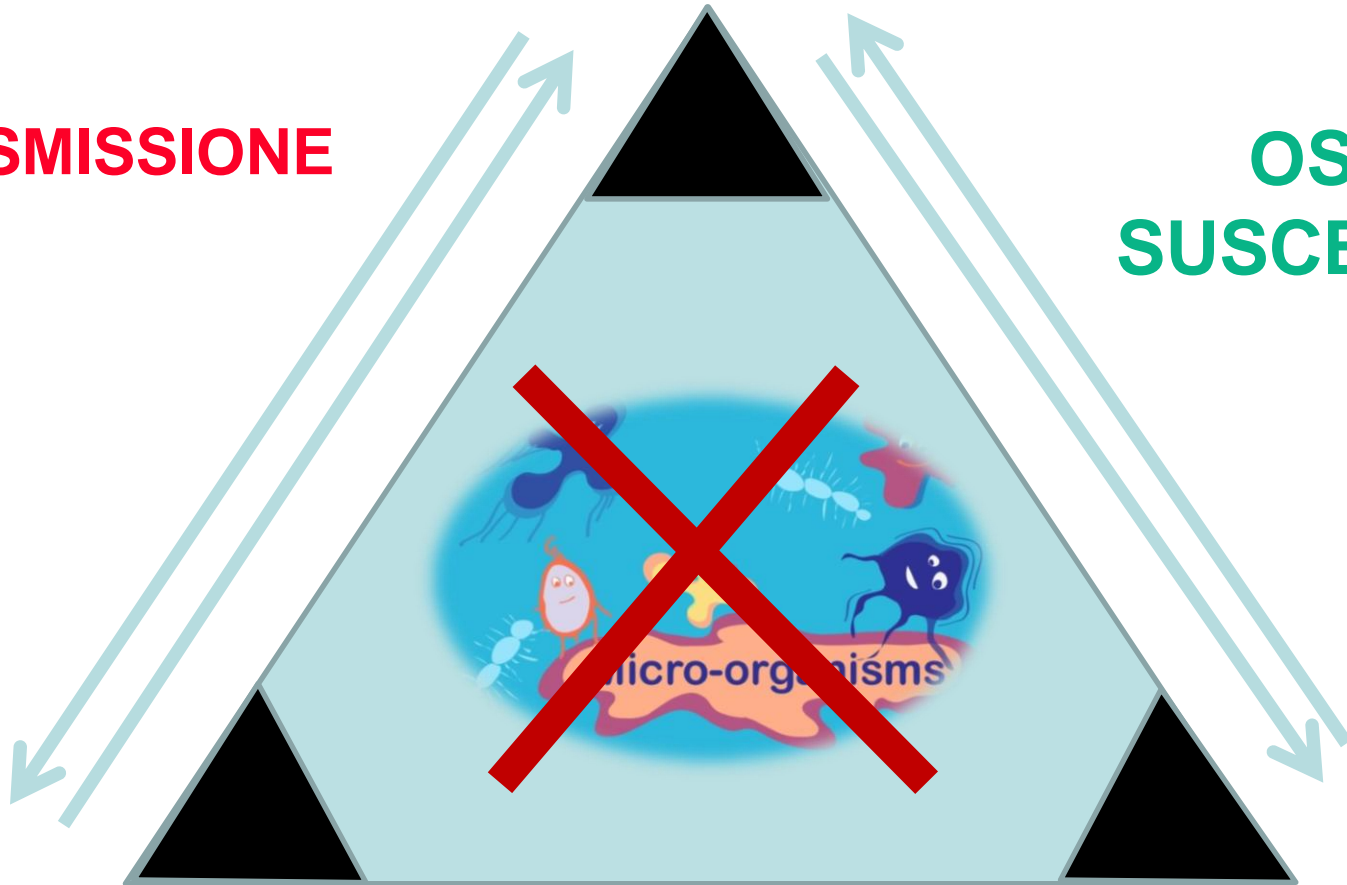
PIANO AMMEZZATO - ORARIO: 9 - 13

SORGENTE

Paziente

TRASMISSIONE

OSPITE
SUSCETTIBILE



Mani

Ambiente

Le superfici inanimate sono state descritte spesso come la fonte di eventi epidemici di ICA

How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review

Axel Kramer*¹, Ingeborg Schwebke² and Günter Kampf^{1,3}

Address: ¹Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Ernst-Moritz-Arndt Universität, Greifswald, Germany, ²Robert-Koch Institut, Berlin, Germany and ³Bode Chemie GmbH & Co. KG, Scientific Affairs, Hamburg, Germany

Email: Axel Kramer* - kramer@uni-greifswald.de; Ingeborg Schwebke - schwebkei@rki.de; Günter Kampf - gunter.kampf@bode-chemie.de

* Corresponding author

Published: 16 August 2006

Received: 26 April 2006

BMC Infectious Diseases 2006, **6**:130 doi:10.1186/1471-2334-6-130

Accepted: 16 August 2006

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/6/130>

Gli agenti patogeni nosocomiali più comuni potrebbero sopravvivere o persistere sulle superfici per mesi e può quindi essere una fonte continua di trasmissione

Table 1: Persistence of clinically relevant bacteria on dry inanimate surfaces.

Type of bacterium	Duration of persistence (range)	Reference(s)
<i>Acinetobacter</i> spp.	3 days to 5 months	[18, 25, 28, 29, 87, 88]
<i>Bordetella pertussis</i>	3 – 5 days	[89, 90]
<i>Campylobacter jejuni</i>	up to 6 days	[91]
<i>Clostridium difficile</i> (spores)	5 months	[92–94]
<i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>C. trachomatis</i>	≤ 30 hours	[14, 95]
<i>Chlamydia psittaci</i>	15 days	[90]
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	7 days – 6 months	[90, 96]
<i>Corynebacterium pseudotuberculosis</i>	1–8 days	[21]
<i>Escherichia coli</i>	1.5 hours – 16 months	[12, 16, 17, 22, 28, 52, 90, 97–99]
Enterococcus spp. including VRE and VSE	5 days – 4 months	[9, 26, 28, 100, 101]
<i>Haemophilus influenzae</i>	12 days	[90]
<i>Helicobacter pylori</i>	≤ 90 minutes	[23]
<i>Klebsiella</i> spp.	2 hours to > 30 months	[12, 16, 28, 52, 90]
<i>Listeria</i> spp.	1 day – months	[15, 90, 102]
<i>Mycobacterium bovis</i>	> 2 months	[13, 90]
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	1 day – 4 months	[30, 90]
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1 – 3 days	[24, 27, 90]
<i>Proteus vulgaris</i>	1 – 2 days	[90]
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6 hours – 16 months; on dry floor: 5 weeks	[12, 16, 28, 52, 99, 103, 104]
<i>Salmonella typhi</i>	6 hours – 4 weeks	[90]
<i>Salmonella typhimurium</i>	10 days – 4.2 years	[15, 90, 105]
<i>Salmonella</i> spp.	1 day	[52]
<i>Serratia marcescens</i>	3 days – 2 months; on dry floor: 5 weeks	[12, 90]
<i>Shigella</i> spp.	2 days – 5 months	[90, 106, 107]
<i>Staphylococcus aureus</i> , including MRSA	7 days – 7 months	[9, 10, 16, 52, 99, 108]
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 – 20 days	[90]
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3 days – 6.5 months	[90]
<i>Vibrio cholerae</i>	1 – 7 days	[90, 109]

Table 3: Persistence of clinically relevant viruses on dry inanimate surfaces.

Type of virus	Duration of persistence (range)	Source
Adenovirus	7 days – 3 months	[32, 34, 38–41, 111]
Astrovirus	7 – 90 days	[38]
Coronavirus	3 hours	[112, 113]
SARS associated virus	72 – 96 hours	[114]
Coxsackie virus	> 2 weeks	[34, 111]
Cytomegalovirus	8 hours	[115]
Echovirus	7 days	[39]
HAV	2 hours – 60 days	[35, 38, 41]
HBV	> 1 week	[116]
HIV	> 7 days	[117–119]
Herpes simplex virus, type 1 and 2	4.5 hours – 8 weeks	[34, 111, 118, 120]
Influenza virus	1 – 2 days	[39, 43, 121, 122]
Norovirus and feline calici virus (FCV)	8 hours – 7 days	[42, 45]
Papillomavirus 16	> 7 days	[123]
Papovavirus	8 days	[118]
Parvovirus	> 1 year	[118]
Poliovirus type 1	4 hours – < 8 days	[35, 118]
Poliovirus type 2	1 day – 8 weeks	[34, 38, 111]
Pseudorabies virus	≥ 7 days	[124]
Respiratory syncytial virus	up to 6 hours	[44]
Rhinovirus	2 hours – 7 days	[33, 125]
Rotavirus	6 – 60 days	[36 – 38, 41]
Vacciniavirus	3 weeks – > 20 weeks	[34, 126]

Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infections

In All Health Care Settings - 2nd edition

Provincial Infectious Diseases
Advisory Committee
(PIDAC)

First Published: December 2009
Revised: May 2012

Public Health
Ontario
PARTNERS FOR HEALTH

Santé
publique
Ontario
PARTENAIRES POUR LA SANTÉ



Table of Contents

TABLE OF CONTENTS.....	1
ABBREVIATIONS.....	4
GLOSSARY OF TERMS.....	5
PREAMBLE.....	11
<i>About This Document</i>	11
<i>Evidence for Recommendations</i>	12
<i>How and When to Use This Document</i>	12
<i>Assumptions and Best Practices in Infection Prevention and Control</i>	13
I. BEST PRACTICES FOR ENVIRONMENTAL CLEANING FOR INFECTION PREVENTION AND CONTROL IN ALL HEALTH CARE SETTINGS.....	16
1. PRINCIPLES OF CLEANING AND DISINFECTING ENVIRONMENTAL SURFACES IN A HEALTH CARE ENVIRONMENT.....	16
A. <i>Evidence for Cleaning</i>	17
B. <i>The Client/Patient/Resident Environment and High-Touch Surfaces</i>	22
C. <i>Selection of Finishes and Surfaces in the Health Care Setting in Areas Where Care is Delivered</i>	26
D. <i>Cleaning Agents and Disinfectants</i>	30
E. <i>New Equipment/Product Purchases</i>	34
2. PRINCIPLES OF INFECTION PREVENTION AND CONTROL RELATED TO ENVIRONMENTAL CLEANING.....	36
A. <i>Routine Practices</i>	36
B. <i>Additional Precautions</i>	41
3. CLEANING BEST PRACTICES FOR CLIENT/PATIENT/RESIDENT CARE AREAS.....	43
A. <i>General Principles</i>	43
B. <i>Frequency of Routine Cleaning</i>	46
C. <i>Equipment</i>	48
4. LAUNDRY AND BEDDING.....	50
A. <i>Laundry Area</i>	50
B. <i>Soiled Linen</i>	51
C. <i>Washing and Drying Laundry</i>	51
D. <i>Clean Linen</i>	52
E. <i>Laundry Staff Protection</i>	52
5. WASTE MANAGEMENT AND DISPOSAL OF SHARPS.....	53
A. <i>Collection of Waste</i>	53
B. <i>Storage of Waste</i>	55
C. <i>Transport of Waste</i>	56
D. <i>Handling of Sharps</i>	56
6. CARE AND STORAGE OF CLEANING SUPPLIES AND UTILITY ROOMS.....	58
A. <i>Housekeeping Rooms/Closets</i>	58
B. <i>Soiled Utility Rooms/ Workrooms</i>	59
C. <i>Clean Supply Rooms</i>	59
7. ADDITIONAL CONSIDERATIONS.....	61
A. <i>Cleaning Food Preparation Areas</i>	61
B. <i>Construction and Containment</i>	61
C. <i>Environmental Cleaning Following Flooding</i>	63
D. <i>New and Evolving Technologies</i>	64
8. EDUCATION.....	73
9. ASSESSMENT OF CLEANLINESS AND QUALITY CONTROL.....	75
A. <i>Measures of Cleanliness: Direct and Indirect Observation</i>	76

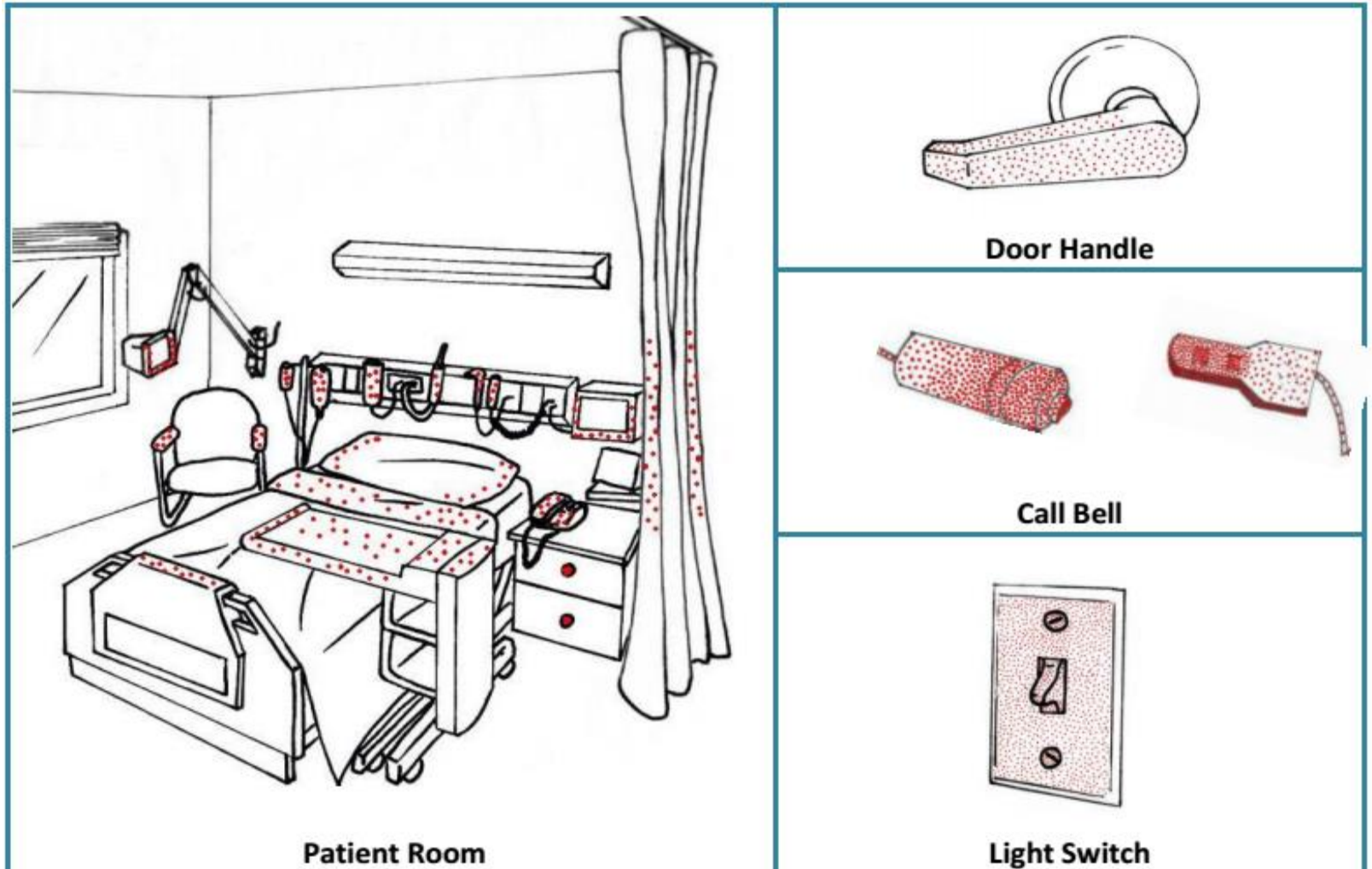


Figure 1a: Examples of High-touch Items and Surfaces in the Health Care Environment

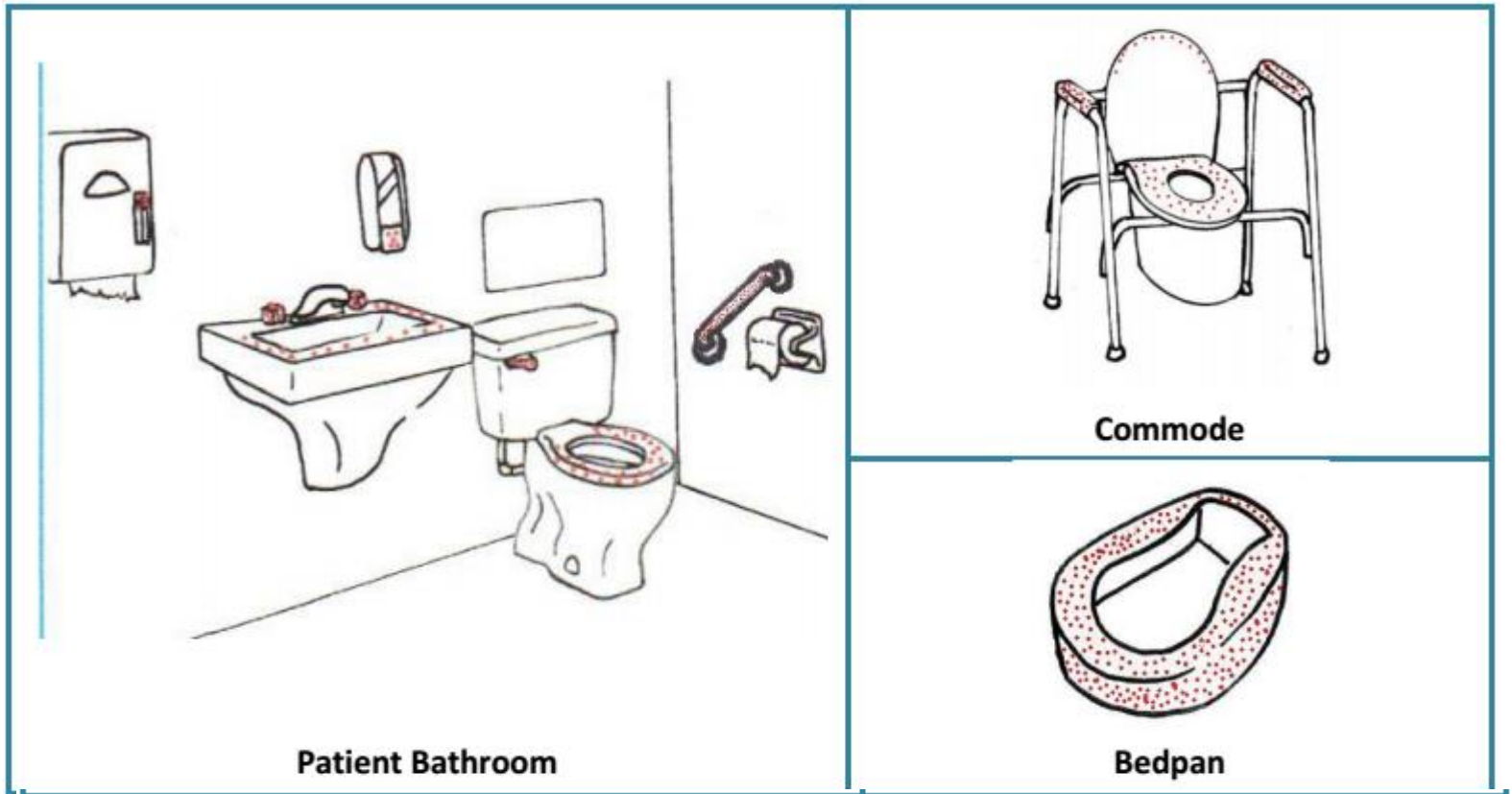


Figure 1b: Examples of High-touch Items and Surfaces in the Health Care Environment

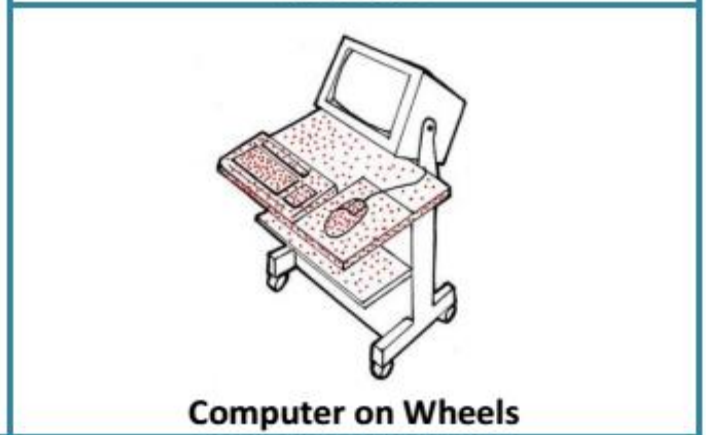
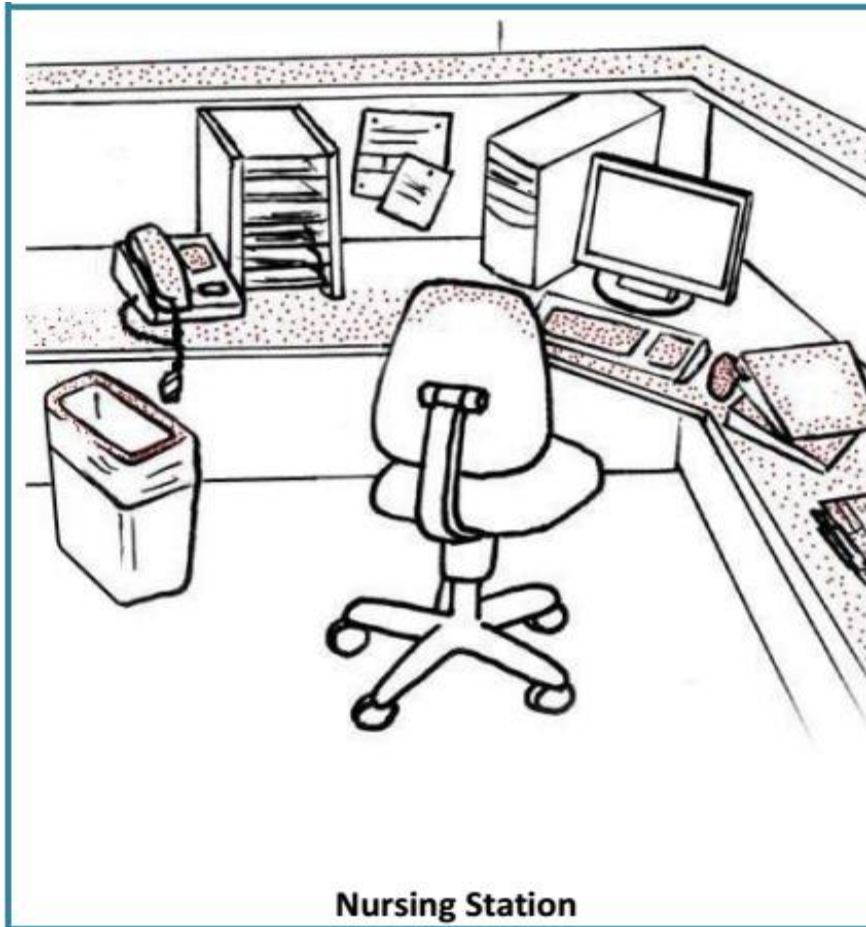


Figure 1a: Examples of High-touch Items and Surfaces in the Health Care Environment

Il contributo dei letti nelle infezioni correlate all'assistenza: l'importanza di un'adeguata decontaminazione

Journal of Hospital Infection (2008) 69, 8–23



Available online at www.sciencedirect.com



www.elsevierhealth.com/journals/jhin

REVIEW

The contribution of beds to healthcare-associated infection: the importance of adequate decontamination

E. Creamer^{a,*}, H. Humphreys^{a,b}

^a *Department of Clinical Microbiology, Education and Research Centre, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland*

^b *Department of Microbiology, Beaumont Hospital, Dublin, Ireland*

Available online 19 March 2008

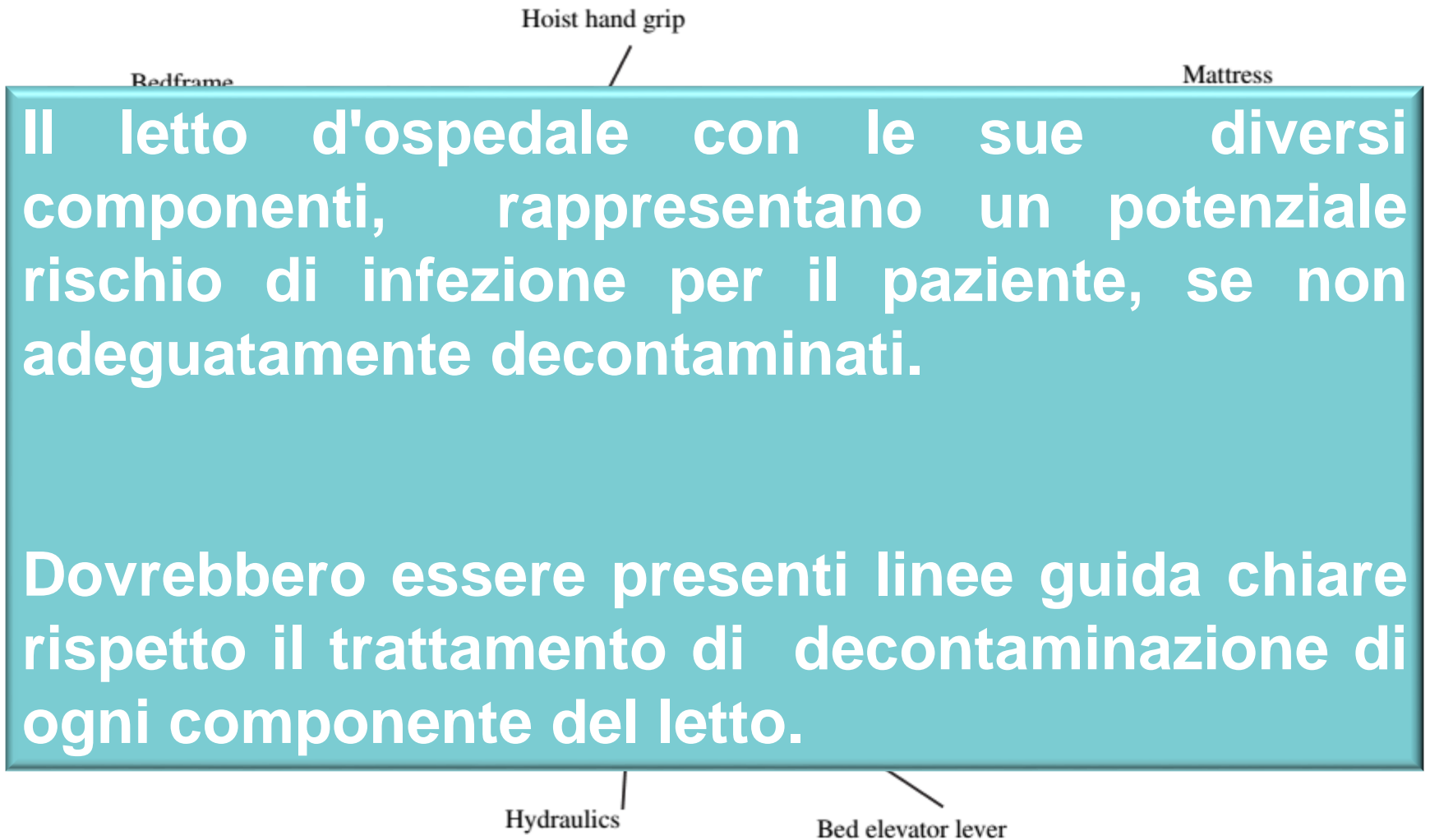



Figure 1 Hospital bed, including accessories and mattress.

Il miglioramento della pulizia terminale delle stanze porta ad una riduzione dei tassi di infezione




MMWR
Morbidity and Mortality Weekly Report

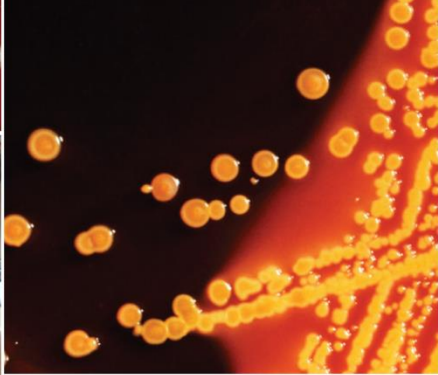
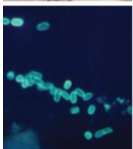

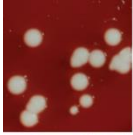
Recommendations and Reports June 6, 2003 / Vol. 52 / No. RR-10

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities

Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)





DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION



Facility Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE)


November 2015 Update - CRE Toolkit

National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases
Division of Healthcare Quality Promotion



Effective Health Care Program
Technical Brief
Number 22

Environmental Cleaning for the Prevention of Healthcare-Associated Infections



Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Excellence in Health Care • www.ahrq.gov

ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients

E. Tacconelli¹, M. A. Cataldo², S. J. Dancer³, G. De Angelis⁴, M. Falcone⁵, U. Frank⁴, G. Kahlmeter⁷, A. Pan^{8,9}, N. Petrosillo², J. Rodríguez-Baño^{10,11,12}, N. Singh¹³, M. Venditti⁵, D. S. Yokoe¹⁴ and B. Cookson¹⁵

In presenza di multiresistenti, soprattutto nel caso di endemie o eventi epidemici, le procedure di sanitizzazione ambientale devono essere rafforzate

American Journal of Infection Control 41 (2013) S6-S11



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

American Journal of Infection Control

journal homepage: www.ajicjournal.org



Original research article

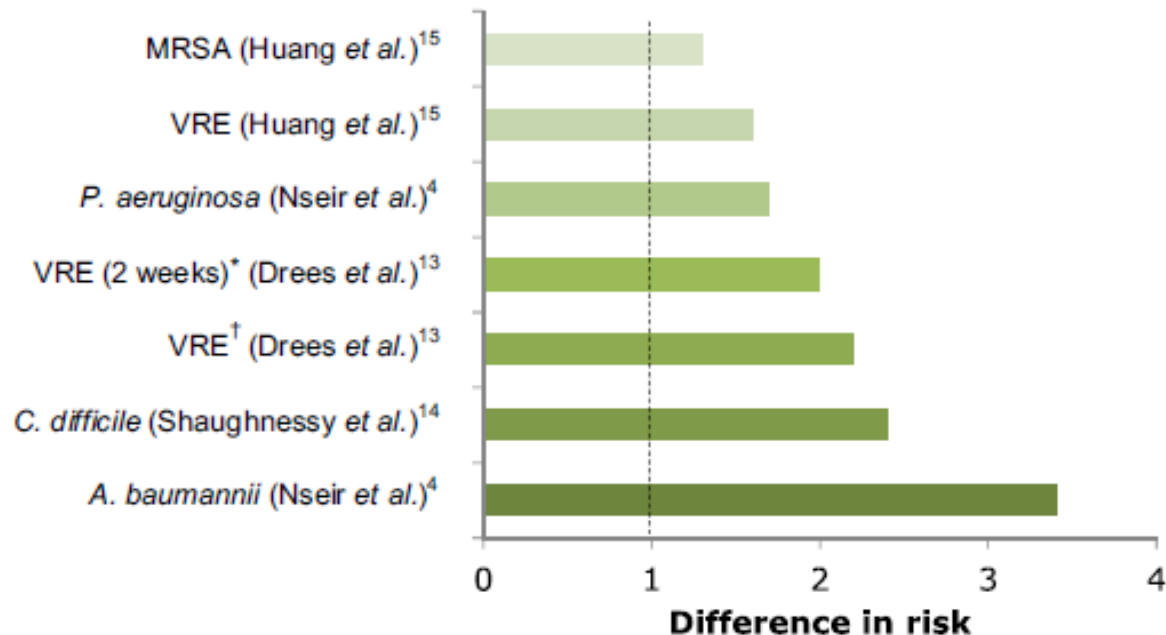
Evidence that contaminated surfaces contribute to the transmission of hospital pathogens and an overview of strategies to address contaminated surfaces in hospital settings

Jonathan A. Otter PhD^{a,b,*}, Saber Yezli PhD^b, James A.G. Salkeld BSc^b, Gary L. French MD, FRCPath^a

^a Centre for Clinical Infection and Diagnostics Research (CIDR), Department of Infectious Diseases, King's College London & Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

^b Bioquell, Andover, Hampshire, UK

Un paziente ricoverato nella stanza occupata in precedenza da un paziente colonizzato o infetto da un patogeno (es. MRSA, VRE, C. difficile, Acinetobacter) ha una maggiore probabilità di sviluppare una colonizzazione o una infezione dallo stesso patogeno



- Una buona pulizia elimina circa l'80% della carica batterica presente sulle superfici
- I disinfettanti utilizzati su una superficie sporca non sono efficaci
- Per effettuare una buona pulizia occorre un detergente, il risciacquo con acqua eolio di gomito!!!

Quali sono gli ostacoli?



1° ostacolo: la spesa

SPENDING REVIEW

QUALI SONO STATE E IN CHE MODO
HANNO RISPOSTO LE AZIENDE MA....

C'E' STATO EFFETTIVO RISPARMIO?

- Quanto costa una infezione?
- Quanto spendiamo per le sanificazioni aggiuntive e straordinarie?

Da buoni genovesi....chi più spende meno spende!

Infezioni ospedaliere e spese per l'igiene: un nesso quantificabile

Riassunto

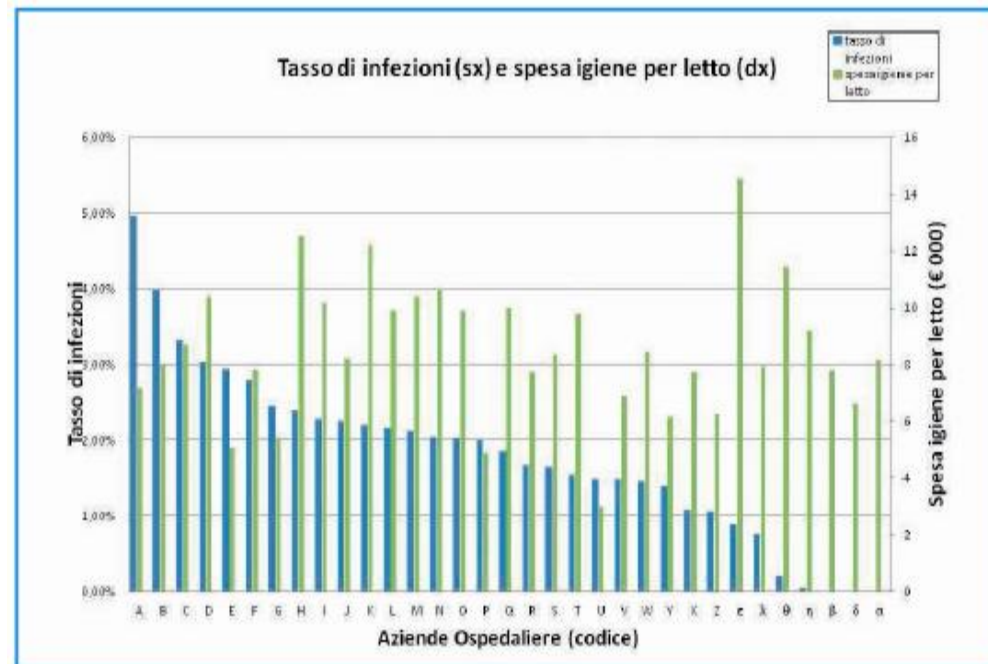
Il presente lavoro stabilisce con un approccio scientifico e quantitativo che esiste una relazione inversa tra spese per i servizi d'igiene negli ospedali e i tassi d'infezione ospedaliere. Viene illustrato come i tagli dei costi per i servizi d'igiene, realizzati per contenere i costi della sanità, sono innanzitutto un pericolo per la salute del paziente dovuto appunto alle conseguenze dell'aumento d'infezioni. Il risultato finale di questo taglio è invece un aumento dei costi dei servizi sanitari, per effetto di un aumento delle infezioni ospedaliere.

Giorgio Vittadini*, Gianmaria Martini**

*Crisp-Università di Milano Bicocca - Fondazione per la Sussidiarietà

**Università degli Studi di Bergamo

L'Ospedale –Rivista ANMDO-
2014



Fonte: nostre elaborazioni su dati Regione Lombardia

Qualcuno addirittura ci ripensa...

Social Science & Medicine 174 (2017) 64–69



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Social Science & Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/socscimed



Outsourcing cleaning services increases MRSA incidence: Evidence from 126 english acute trusts



Veronica Toffolutti ^{a,*}, Aaron Reeves ^b, Martin McKee ^c, David Stuckler ^{a,c}

^a Department of Sociology, University of Oxford, Oxford, UK

^b International Inequalities Institute, London School of Economics and Political Science, Houghton Street, London, UK

^c Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

By linking data on MRSA incidence per 100,000 hospital bed-days with surveys of cleanliness among patient and staff in 126 English acute hospital Trusts during 2010–2014, we find that outsourcing cleaning services was associated with greater incidence of MRSA, fewer cleaning staff per hospital bed, worse patient perceptions of cleanliness and staff perceptions of availability of handwashing facilities. However, outsourcing was also associated with lower economic costs (without accounting for additional costs associated with treatment of hospital acquired infections).

© 2016 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY license

2° ostacolo

Esternalizzazione della responsabilità?

- Chi pulisce ciò che le ditte delle pulizie non puliscono?

INDAGINE SULLE ATTIVITA' DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE



UFFICIO ASSISTENTI SANITARIE

Telefono 071/5964186, 0715964836; Fax 071/5964184
E-mail: dirsan.torrette@ao-umbertoprino.marche.it

Direzione
Medica
Ospedaliera

Prot. n. _____ 18/03/2011
Via Conca
60020 Torrette di Ancona
Tel 071/5964186 – fax 071/5964184
dirsan.torrette@ao.umbertoprino.marche.it

Al Coordinatore SOD

E p.c. Al Coordinatore di Dipartimento

OGGETTO: indagine attività di sanificazione.

Com'è noto, il servizio di pulizia e sanificazione in questa Azienda è affidato, da anni, al personale di ditte esterne specializzate in questo settore. Dal 01/02/2010 è stato sottoscritto l'attuale contratto che affida alla ditta aggiudicataria Coopservice il servizio di pulizia e sanificazione per i prossimi cinque anni.

Come ricorderete, in data 23/03/2010, si è tenuta presso la biblioteca del Laboratorio Analisi una riunione per illustrare il nuovo capitolato aziendale.

Nell'occasione sono stati consegnati: il capitolato, le schede riassuntive che descrivono interventi di pulizia e frequenza in ogni area di rischio, la modulistica da utilizzare per comunicare eventuali inadempienze, ecc.

A completamento di quanto già fatto, è stato costituito un gruppo di lavoro che intende occuparsi dell'integrazione delle attività di sanificazione della ditta esterna con quelle a carico del personale interno, valutando i protocolli presenti nei reparti, i materiali in uso, le criticità legate al ricovero di particolari tipologie di pazienti colonizzati/infetti, ecc.

Oggi chiediamo quindi la vostra collaborazione in modo da poter razionalizzare e uniformare anche le attività di sanificazione che sono a carico del personale ospedaliero.

Ci sono situazioni infatti che non prevedono l'intervento della ditta delle pulizie come ad esempio:

- risanamento dell'unità del paziente in caso di trasferimento interno nella SOD
- tra un intervento chirurgico e l'altro
- tra un esame e l'altro nei servizi diagnostici.

Vi preghiamo quindi di compilare la scheda allegata e farla pervenire alla SOD di Igiene Ospedaliera entro Sabato 26 marzo. La scheda ha già l'indirizzo sul retro, basta spillarla.

Certe della vostra cortese collaborazione, vi ringraziamo e vi inviamo cordiali saluti.

Dr.ssa Enrica Martini
SOD di Igiene Ospedaliera

Maria Grazia Magli
Direzione Medica Ospedaliera

SCHEDA DI RILEVAZIONE ATTIVITA' DI SANIFICAZIONE: AREA DEGENZA

DATA _____ SOD _____

SANIFICAZIONE DI:	MATERIALE UTILIZZATO
CUCINA DI REPARTO	<input type="checkbox"/> SPUGNE <input type="checkbox"/> DETERSIVO PER STOVIGLIE <input type="checkbox"/> DETERSIVO PER LAVASTOVIGLIE <input type="checkbox"/> STRACCIO PER PAVIMENTO <input type="checkbox"/> SPAZZOLONE PER PAVIMENTO <input type="checkbox"/> ALTRO _____
"UNITA' PAZIENTE" LETTO – COMODINO – ARMADIO –TESTALETTO - SEDIA	<input type="checkbox"/> PANNO LAVABILE <input type="checkbox"/> PANNO IN TNT <input type="checkbox"/> GARZE <input type="checkbox"/> CARTA <input type="checkbox"/> DETERGENTE (indicare) _____ <input type="checkbox"/> DETERGENTE/DISINFETTANTE (indicare) _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____
SERVIZI IGIENICI	<input type="checkbox"/> PANNO SPUGNA <input type="checkbox"/> DETERGENTE (indicare) _____ <input type="checkbox"/> DETERGENTE/DISINFETTANTE (indicare) _____ <input type="checkbox"/> MOP <input type="checkbox"/> ALTRO _____
PAVIMENTO	<input type="checkbox"/> CARRELLO IMPRESA DI PULIZIA <input type="checkbox"/> CARRELLO "DUO-MOP"* (carrello a due vasche) <input type="checkbox"/> MOP** <input type="checkbox"/> SISTEMA TASKI*** <input type="checkbox"/> DETERGENTE (indicare) _____ <input type="checkbox"/> DETERGENTE/DISINFETTANTE (indicare) _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____
SPAZIO PER ULTERIORI NOTE O PRECISAZIONI	
_____ _____ _____	
L'IMPRESA DI PULIZIA PUO' ESSERE CHIAMATA PER IL RISANAMENTO DELL'UNITA' PAZIENTE OGNI QUALVOLTA VI E' UNA DIMISSIONE/DECESSO/TRASFERIMENTO AD ALTRA SOD. NEL CASO DI TRASFERIMENTO INTERNO ALLA SOD, IL RISANAMENTO E' A CARICO DEL PERSONALE AUSILIARIO. ERA GIA' AL CORRENTE DI QUESTA PROCEDURA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
E' PRESENTE, NELLA SUA SOD, UNA PROCEDURA SCRITTA SULLA SANIFICAZIONE AMBIENTALE AD USO DEL PERSONALE DI REPARTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	



* CARRELLO DUO-MOP



** MOP



*** SISTEMA TASKI

Firma Coordinatore

I RISULTATI CONFERMANO CIO' CHE SI SOSPETTAVA...

cucina di reparto																						
Spugne	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
detersivo per stoviglie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
detersivo per lavastoviglie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
straccio per pavimento	X	X	X	X										X				X			X	
spazzolone per pavime	X	X	X	X						X				X	X						X	
altro		scopa			panno lavabile ditta esterna	ipoclorito		Duo Mop	Duo Mop / MOP	MOP	MOP Detersivo in polvere			Duo Mop / MOP	VIM	Duo Mop per cucina		ipoclorito lavapavimenti VIM	carrello impresa pulizia			
Unità paziente (letto-comodino-armadio-testa letto_sedia)																						
panno lavabile	X			X						X			X	X		X		X	X	X		
panno in TNT	X				X		X						X	X								
garze		X			X		X		X					X								
carta	X	X					X		X	X						X	X				X	
detergente (tipo)	no indic	no indic											deterg							deterg		
detergente /disinfettant	alcohol	alcohol	clorossid elettrol + deterg	clorossid elettrol + deterg	clorossid elettrol + deterg	polifenoli detergenti *	polifenoli detergenti *	nessuna indicazione	polifenoli detergenti *	clorossid elettrol + deterg	polifenoli detergenti *	polifenoli detergenti *	ipoclorito	ipoclorito	alcohol	clorexidina diluita	esocloro	polifenoli detergenti 4%	nessuna indicazione	deterg clorossid elettrol + deterg / polifen	polifenoli detergenti 4%	polifenoli detergenti 4%
altro	neuro psi Salesi	div.ost-gin	Pediatria /cl.ped	Oncoemped	Pneumo	Cardio-ch card.	Cl. medica	Cardiol sub int	chir vasc Cl. med int i	istica/med	gastro cl divisione	med gen sub intensiva	neuro chir e maxillo	cl mal Infettive	cl Neuro	cl oncologia	Cl endocrinologica	cl chir Plastica e dermatologia	ipoclorito vetril	cl. Ematologia	Nefrologia Dialisi e tx rene	Med Internistica Ordinaria
panno spugna	X	X		X				X		X		X	X		X		X	X	X	X	X	X
detergente (tipo)	VIM polv				clorossid elettrol + deterg 2%					BR 75 ive	no indic	polifenol deterg		economato								
detergente /disinfettant		candeggina		X				no indic		clorossid elettrol + deterg	ipoclorito	ipoclorito	ipoclorito	candeggina	varechina	ipoclorito	ipoclorito diluito	clorossidant e elettrolitico	clorossid elettrol + deterg/ricid	ipoclorito al 10%		
MOP	X	X								X		X							X			
altro		scopa	materiale impresa + ipoclorito	x materiale impresa + ipoclorito	stracci forniti dal GR	ditta esterna				deterg per pavimento	ditta esterna			straccio + spazzolone		carrello pulizia		ipoclorito VIM				
Pavimento																						
carrello impresa pulizie	X		X	X			X	X	X	X					X**	X	X		X	X	X	X
carrello DUO MOP	X	X					X	X		X		X	X	X				X		X	X	X
MOP	X	X					X				X	X							X		X	X
Sistema TASKI	X					X									X						X	X
detergente (tipo)		laver					impres a			deterg industriale	economato	economato		no indic	economato	laver***			lavapavimenti		clorossid elettrol + deterg 2%	
detergente /disinfettant		candeggina		impresa			ipoclorito	no indic		clorossid elettrol + deterg	ipoclorito	candeggina	ipoclorito	ipoclorito	candeggina		ipoclorito		clorossid elettrol + deterg		ipoclorito in sol acquosa	detergente industriale

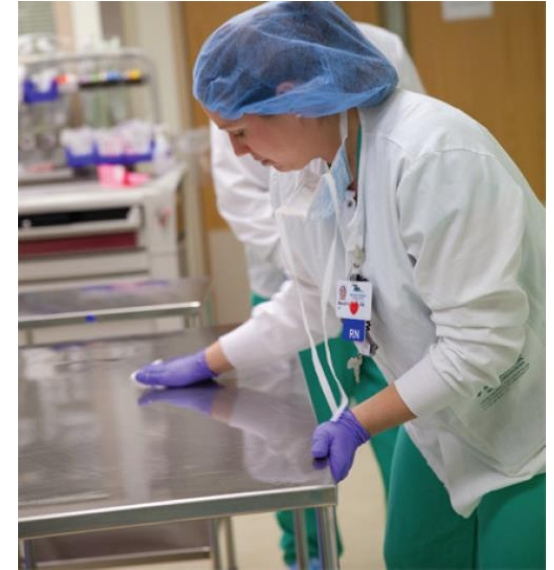
... una grande variabilità nei materiali e prodotti utilizzati

Nella pratica quotidiana della sanitizzazione ambientale...

IL FATTORE UMANO CONDIZIONA

LA SCELTA E L'UTILIZZO DEI PRODOTTI:

- Diluizioni
- Tempi di contatto
- Modalità operative



DA CONSIDERARE ANCHE:

- Frequenza degli interventi
- Formazione degli addetti
- Controlli

3° ostacolo: Pulire o disinfettare?

- Non è definito in maniera sistematica se alcune superfici vanno pulite o disinfettate

Minimizing contamination in the operating room

Disinfection of surfaces: The surfaces in operating rooms should be kept clean by the use of water, detergent and wiping. As surfaces are considered 'noncritical' according to Spaulding's classification system, keeping them clean should be enough for safety (270). Use of disinfectants, either in a cleaning solution or vaporized into the air, has not proven to make a difference in the rates of surgical site infections and can pose risks to health-care workers (271).

Regolamento Biocidi

«Biocidal Products Regulation-BPR»

(Reg.n.528/2012)

- Il BPR disciplina l'immissione sul mercato Europeo e l'uso di **biocidi** utilizzati per proteggere
- L'uomo (cute integra)
- Gli animali
- I materiali (ad es, superfici e pavimenti)

► **B** **REGOLAMENTO (UE) n. 528/2012 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO**
del 22 maggio 2012

relativo alla messa a disposizione sul mercato e all'uso dei biocidi

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(GU L 167 del 27.6.2012, pag. 1)

Il presente regolamento è volto a migliorare la libera circolazione dei biocidi all'interno dell'Unione, assicurando nel contempo un livello elevato di tutela sia della salute umana e animale sia dell'ambiente. Particolare attenzione dovrebbe essere prestata alla tutela dei gruppi vulnerabili della popolazione, quali le donne incinte e i bambini. Il presente regolamento dovrebbe fondarsi sul principio di precauzione al fine di assicurare che la produzione e la messa a disposizione sul mercato di principi attivi e biocidi non comportino effetti nocivi per la salute umana o animale o effetti inaccettabili sull'ambiente. Al fine di eliminare, per quanto possibile, gli ostacoli al commercio di biocidi, è opportuno stabilire norme relative all'approvazione dei principi attivi e alla messa a disposizione sul mercato e all'uso dei biocidi, comprese norme sul riconoscimento reciproco delle autorizzazioni e sul commercio parallelo.

Biocidi ↔ PMC

Da oltre 50 anni in Italia gli antisettici per cute integra e i disinfettanti per superfici non medicali (ad es. pavimenti, pareti etc..) devono essere autorizzati dal Ministero della Salute come **Presidi Medico Chirurgici (PMC)**



I PMC non passano automaticamente a biocidi



E' necessario procedere ad una domanda di autorizzazione come prodotto biocida ed ottenere la relativa autorizzazione nazionale o comunitaria



An assessment by the European Commission Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR).



Effects of Biocides

on antibiotic resistance

Source document:

SCENIHR (2009)

Summary & Details:

GreenFacts (2009)



Biocides – resistance, cross-resistance mechanisms and assessment
Divya Prakash Gnanadhas, Sandhya Amol Marathe & Dipshikha Chakravorty
Expert Opinion on Investigational Drugs, 22:2, 191-206, DOI:
10.1517/13543784.2013.748035
Published online: 08 Dec 2012.

- I batteri multiresistenti agli antibiotici non sono multiresistenti ai disinfettanti
- Prolungate esposizioni a biocidi possono provocare sovraespressione delle pompe di efflusso e modificare le caratteristiche di membrana dei microrganismi, che possono sviluppare maggiori resistenze agli antibiotici
- E' opportuno usare biocidi con differenti target di formulazioni e sviluppare formulazioni di biocidi contenenti metalli

CORRETTA COMBINAZIONE ALLA CORRETTA
CONCENTRAZIONE