II conferenza nazionale Simpios

PULIZIA, ANTISEPSI E DISINFEZIONE IN AMBITO SANITARIO

Milano, 7 Novembre 2017

SIMPIOS

Il controllo dei servizi di pulizia e disinfezione

Aspetti Gestionali

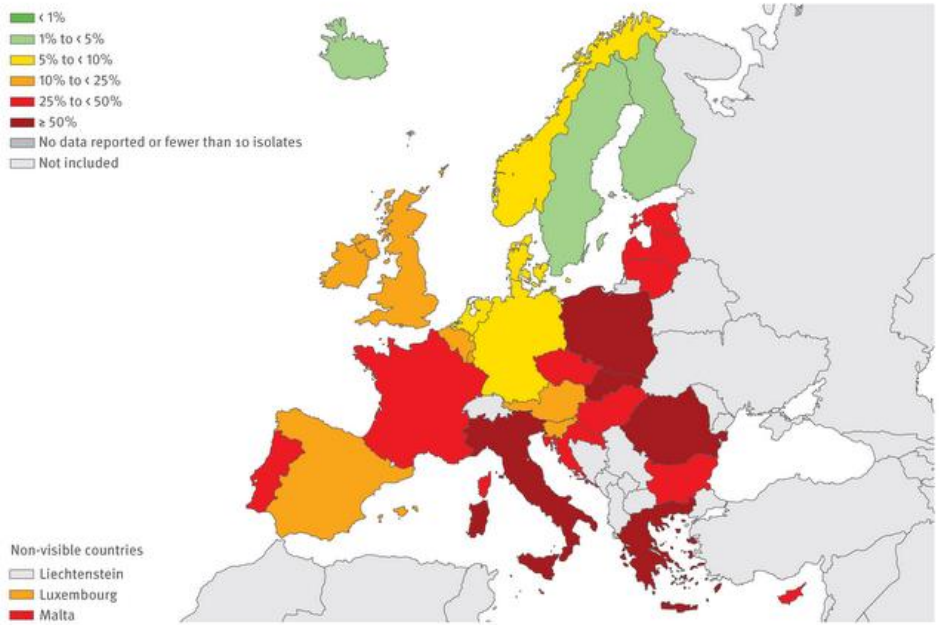
Dr. Spartaco Mencaroni
Responsabile UOS Gestione Servizi Appaltati
Rete ospedaliera ASL Nordovest
PO San Luca – Lucca (LU)

Azienda USL 1 Massa e Carrara

Viviamo in un'epoca di **crescente esternalizzazione** delle attività di supporto e propedeutiche all'assistenza sanitaria.

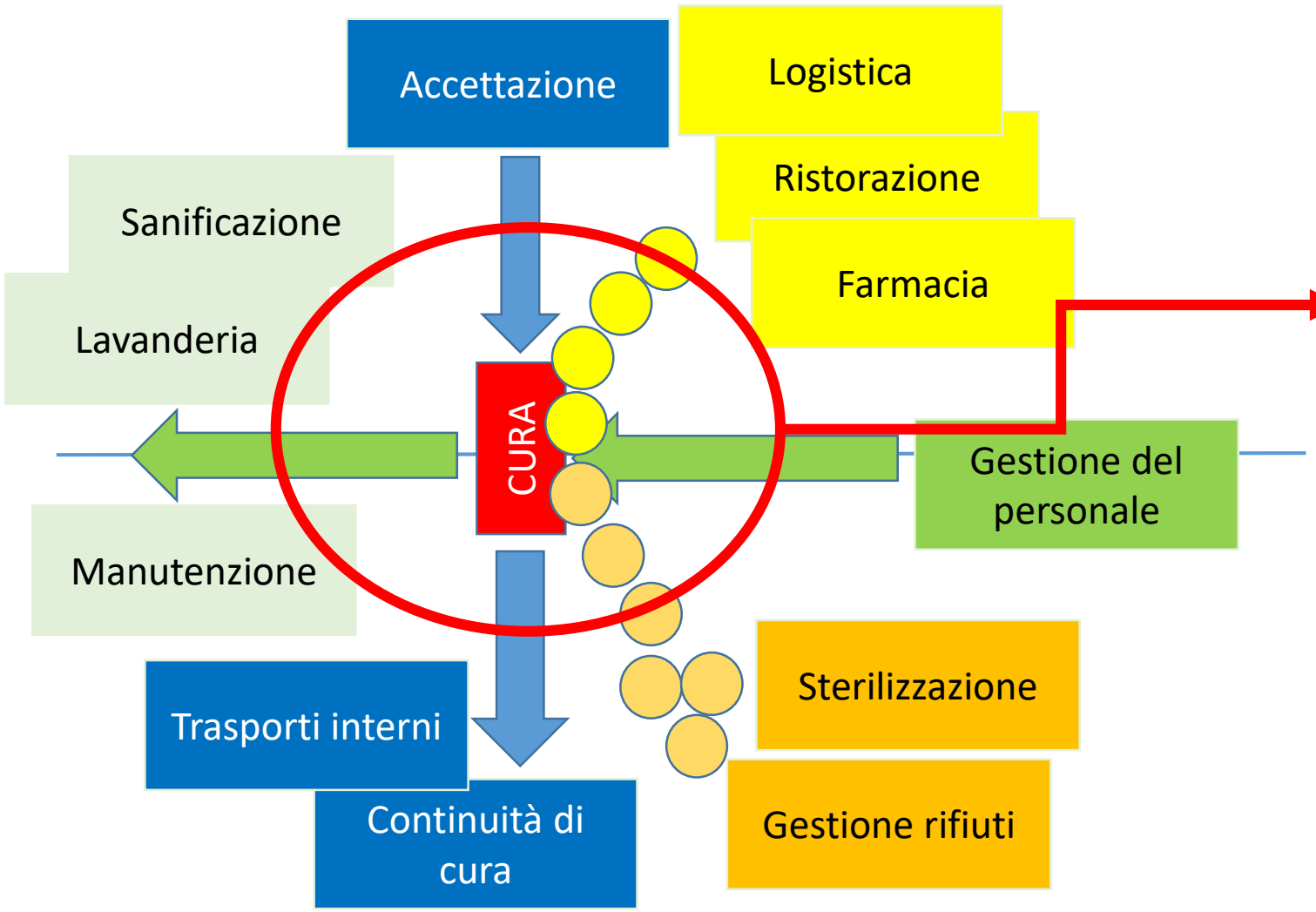
- **Obiettivi attesi: riduzione di costi, flessibilità delle risorse, ricerca della partnership su qualità e competenza tecnica**

Klebsiella pneumoniae. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to fluoroquinolones, by country, EU/EEA countries, 2015



La realtà dei servizi di supporto all'assistenza deve confrontarsi con il tema dell'ambiente come fonte di rischio assistenziale

- **Diffusione di MDRO**
- **Incremento delle HAI**



Le nostre scelte organizzative ci porteranno a non avere più il controllo del contesto di cura?

Un servizio complesso, con percorsi multipli e trasversali a diversi setting

Lavanderia e locali operativi

- Ricondizionamento
- Stoccaggio

- Preparazione carrelli
- Preparazione soluzioni pronte all'uso per disinfettanti
- Preparazione MOP e pannetti

Veicolazione Carrelli

- Trasporto e percorsi
- Fasce orarie

Pulizia e sanificazione

- Asportazione sporco grossolano
- Scopatura a secco
- Spolveratura
- Detersione arredi e superfici
- Disinfezione arredi e superfici
- Decontaminazione

- Programmazione ed esecuzione pulizie periodiche
- Gestione ticket e chiamate urgenti
- Gestione straordinario

Gestione alto rischio

- Protocolli e aree a gestione speciale
- Sanificazione blocchi operatori
- Laboratori e trasfusionale
- Decontaminazione

Servizi accessori

- Rifornitura carta e sapone
- Asportazione rifiuti assimilabili agli urbani
- Rifornitura contenitori rifiuti / raccolta differenziata
- Altri servizi concordati (gestione flussaggio impianti idrici…)

Impatto della sanificazione ambientale sul controllo del rischio infettivo

- I patogeni nosocomiali sopravvivono bene su superfici asciutte
- Le superfici ambientali sono spesso contaminate da agenti patogeni nosocomiali, singoli oggetti (es. telefoni senza una chiara definizione di chi compete la pulizia) devono essere inclusi nella valutazione di un'adeguata pulizia
- La contaminazione dei pazienti colonizzati può essere simile a quella dei pazienti infetti
- La camera precedentemente occupata da una paziente con multi-resistenza antibiotica aumenta il rischio di trasmissione al paziente che successivamente occupa lo stesso letto
- Molte superfici non vengono pulite secondo quando indicato dai protocolli
- Una pulizia più accurata riduce la contaminazione ambientale
- La sanificazione seguita dalla disinfezione riduce l'acquisizione di microrganismi patogeni
- Superfici ambientali contaminano frequentemente le mani del personale sanitario e i ceppi dei patogeni ambientali sono stati collegati a epidemie

Carling PC and Huang SS. Commentary: Improving Healthcare Environmental Clean-ing and Disinfection: Current and Evolving Issues. Infect Control Hosp Epidem. Vol. 34, No. 5. May 2013 (mod. Da “La sanificazione in ospedale e la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana»)

L'ambiente intorno al paziente è contaminato da microrganismi che possono essere trasmessi al paziente per **contatto indiretto**.

FATTORI AMBIENTALI

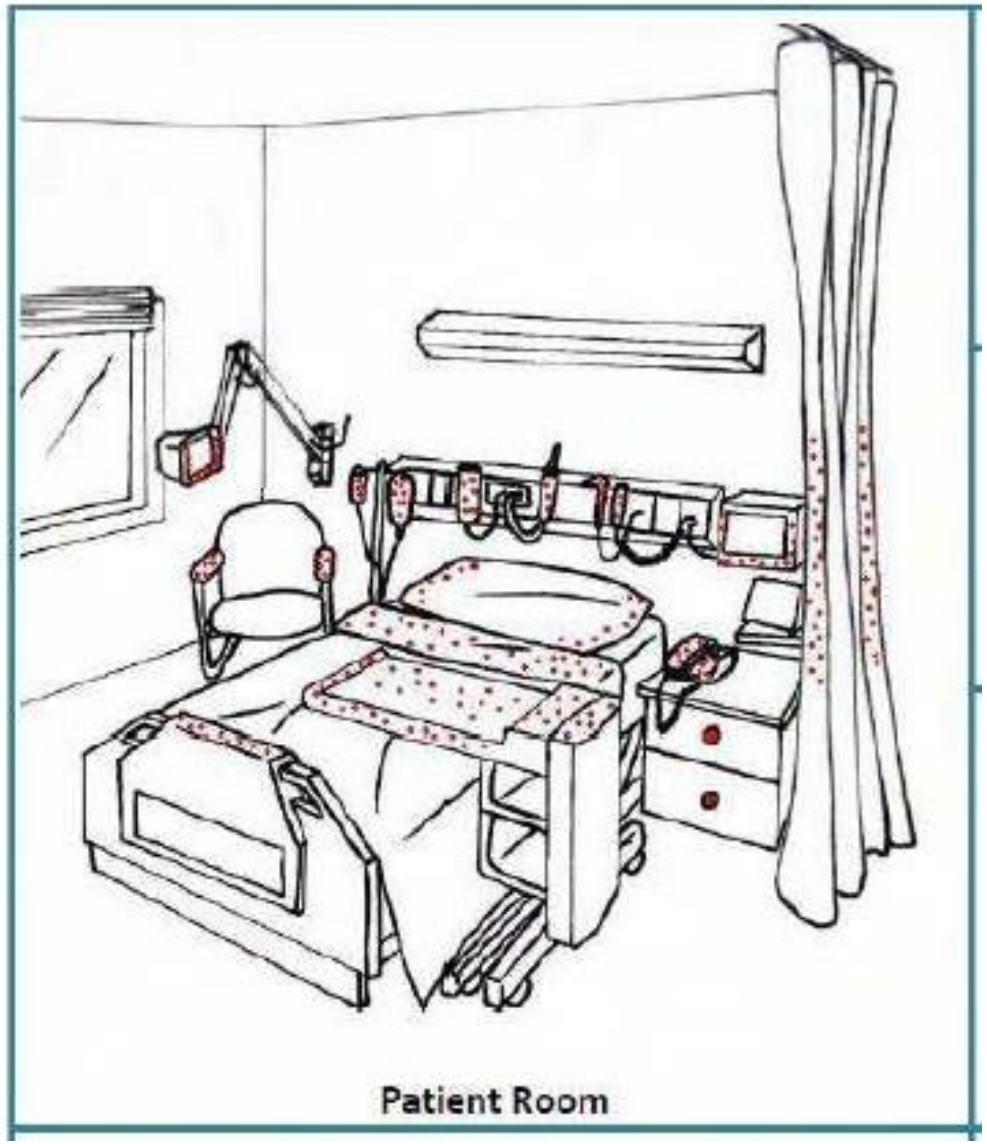
- Aumento della complessità degli spazi assistenziali
- Inefficacia dei protocolli di sanificazione

FATTORI LEGATI ALL'EQUILIBRIO OSPITE - PARASSITA

- Aumento della suscettibilità dell'ospite
- Diffusione delle resistenze antibiotiche

FATTORI LEGATI ALL'OPERATORE

- Aumento della invasività delle manovre
- Scarsa adesione alle procedure e protocolli



Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infections In All Health Care Settings - 2nd Edition Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. (mod. Da "La sanificazione in ospedale e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza - Agenzia Regionale di Sanità della Toscana»)

RACCOMANDAZIONI PER LA SANIFICAZIONE AMBIENTALE

- Superfici «domestiche»
- Superfici «high touch»
- Aree critiche
- Strumentario e dispositivi

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities - Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

RACCOMANDAZIONI PER LA SANIFICAZIONE AMBIENTALE

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities - Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

E.I. Cleaning and Disinfecting Strategies for Environmental Surfaces in Patient-Care Areas

Edit [February 2017]:

Keep housekeeping surfaces (e.g., floors, walls, and tabletops) visibly clean on a regular basis and clean up spills promptly.[954] ***Category II***

1. Use a one-step process and an EPA-registered hospital disinfectant/detergent designed for general housekeeping purposes in patient-care areas when

* uncertainty exists as to the nature of the soil on these surfaces [e.g., blood or body fluid contamination versus routine dust or dirt]; or

• * uncertainty exists regarding the presence or absence of multi-drug resistant organisms on such surfaces.[952, 983, 986, 987] ***Category II***

2. Detergent and water are adequate for cleaning surfaces in nonpatient-care areas (e.g., administrative offices). ***Category II***

3. Clean and disinfect high-touch surfaces (e.g., doorknobs, bed rails, light switches, and surfaces in and around toilets in patients' rooms) on a more frequent schedule than minimal touch housekeeping surfaces. ***Category II***

4. Clean walls, blinds, and window curtains in patient-care areas when they are visibly dusty or soiled.[2, 971, 972, 982] ***Category II***

F. Do not perform disinfectant fogging in patient-care areas.[2, 976] ***Category IB***

RACCOMANDAZIONI PER LA SANIFICAZIONE AMBIENTALE

CDC - 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings
Jane D. Siegel, MD; Emily Rhinehart, RN MPH CIC; Marguerite Jackson, PhD; Linda Chiarello, RN MS; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

II.I. Environmental Measures

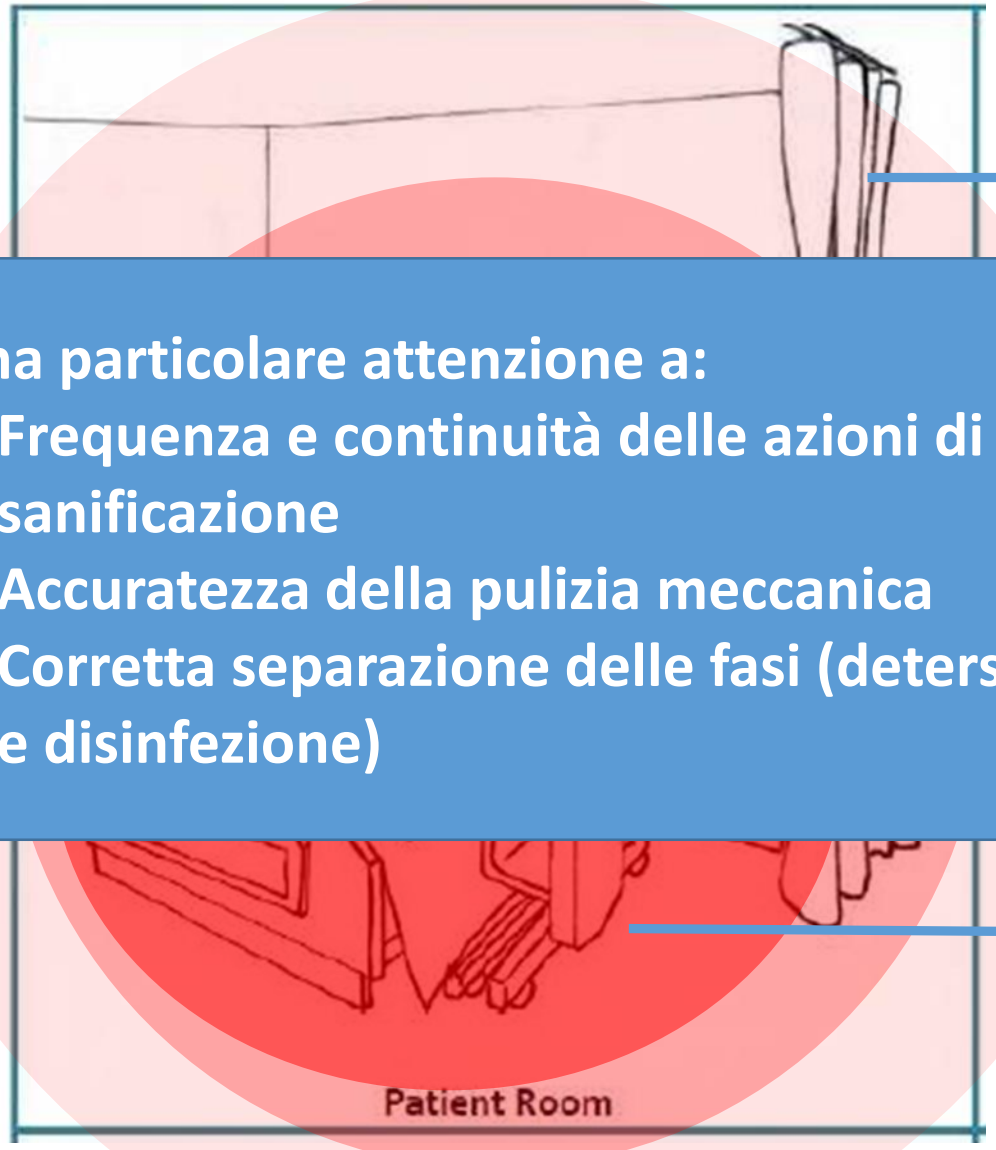
Cleaning and disinfecting non-critical surfaces in patient-care areas are part of Standard Precautions. In general, these procedures do not need to be changed for patients on Transmission-Based Precautions. The cleaning and disinfection of all patient-care areas is important for frequently touched surfaces, especially those closest to the patient, that are most likely to be contaminated (e.g., bedrails, bedside tables, commodes, doorknobs, sinks, surfaces and equipment in close proximity to the patient) [11, 72, 73, 835]. The frequency or intensity of cleaning may need to change based on the patient's level of hygiene and the degree of environmental contamination and for certain for infectious agents whose reservoir is the intestinal tract [54]. This may be especially true in LTCFs and pediatric facilities where patients with stool and urine incontinence are encountered more frequently. Also, increased frequency of cleaning may be needed in a Protective Environment to minimize dust accumulation [11]. Special recommendations for cleaning and disinfecting environmental surfaces in dialysis centers have been published [18]. In all healthcare settings, administrative, staffing and scheduling activities should prioritize the proper cleaning and disinfection of surfaces that could be implicated in transmission. During a suspected or proven outbreak where an environmental reservoir is suspected, routine cleaning procedures should be reviewed, and the need for additional trained cleaning staff should be assessed. Adherence should be monitored and reinforced to promote consistent and correct cleaning is performed.

La catena di trasmissione va «spezzata» alla base

Gestione superfici high touch e dispositivi critici

RACCOMANDAZIONI PER LA SANIFICAZIONE AMBIENTALE

Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities - Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC)



Una particolare attenzione a:

- **Frequenza e continuità delle azioni di sanificazione**
- **Accuratezza della pulizia meccanica**
- **Corretta separazione delle fasi (detersione e disinfezione)**

Aree esterne: Pulizia meccanica e prevenzione della contaminazione

Aree non critiche in degenza: detersione/ disinfezione in assenza di patologia infettiva

Aree critiche e superfici high touch: pulizia e disinfezione ad alta frequenza

Alcune criticità

- **Impatto economico delle misure raccomandate**

- **Difficoltà di oggettivare l'efficacia delle azioni svolte**
  - **Indicatori gestionali (tempo? Numero di risorse? Formazione del personale?)**
  - **Limiti degli strumenti per «misurare il pulito»**
  - **Vincoli del controllo a risultato**

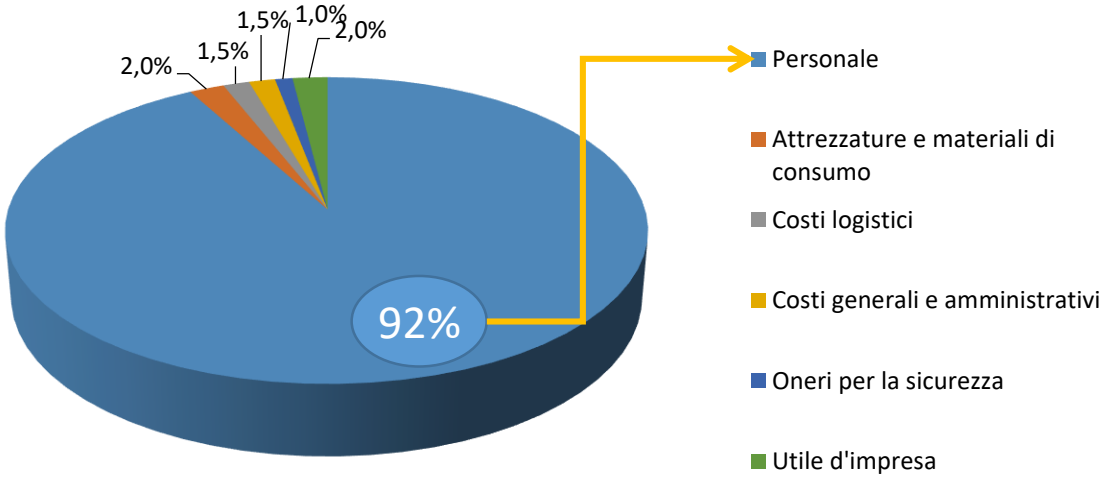
- **Difficoltà di tradurre le raccomandazioni in elementi contrattuali**
  - **Non conformità di processo**
  - **Risorse destinate al controllo**

Impatto economico

Voce di costo	percentuale
Personale	92,0%
Attrezzature e materiali di consumo	2,0%
Costi logistici	1,5%
Costi generali e amministrativi	1,5%
Oneri per la sicurezza	1,0%
Utile d'impresa	2,0%

fonte: ESTAR, 2017 - stime di ripartizione dei costi per sanificazione ospedaliera

costi per contratto di sanificazione ospedaliera



- Le voci di costo relative all'impegno orario del personale e agli oneri contributivi e contrattuali sono l'elemento che garantisce l'utile finanziario.

- **L'utile è difficilmente vincolato alla qualità misurata o percepita**
(contratti a risultato con canone legato alla consistenza delle superfici!)

Metodologie a risparmio… di ore/uomo!

Sistemi di pre-impregnazione per MOP e panni pluriuso

Molte fasi critiche

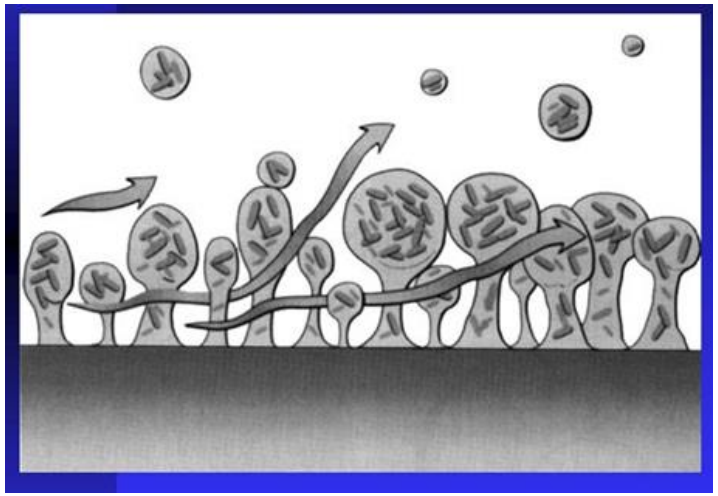
- Controllo della diluzione dei detergenti e dei disinfettanti
- Reprocessing del materiale pluriuso
- Stabilità delle soluzioni nel tempo
- Rispetto dei tempi di impregnazione e stoccaggio

Per la concedente è difficile assicurare un effettivo controllo di processo di queste metodiche

Metodologie a risparmio… di ore/uomo!

Procedure specifiche per la pulizia e disinfezione

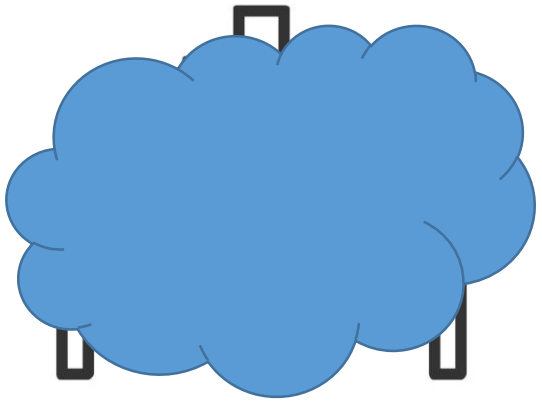
Vengono spesso proposte procedure di sanificazione che tendono ad eliminare la fase di asportazione meccanica dello sporco o a combinare le fasi di detersione/disinfezione. **Il risparmio di tempo è evidente, fino ad oltre il 30% delle ore uomo dedicate alle aree sanitarie**

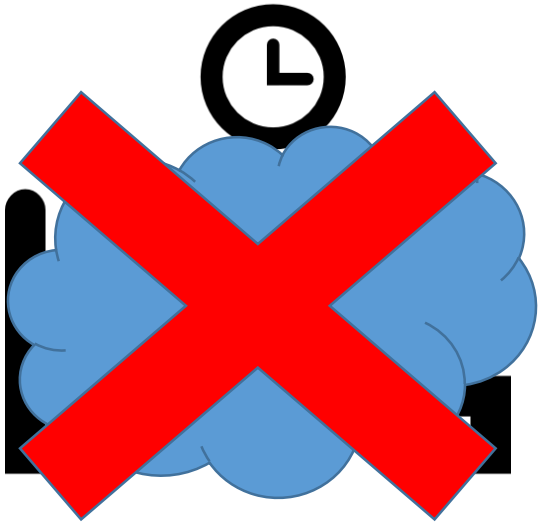


- Una corretta detersione riduce la CBT di una superficie fino a 3LOG
- **Una corretta fase di detersione è essenziale per garantire concentrazione e tempo di contatto efficace del disinfettante**

Fonte: CDC

Metodologie a risparmio… di ore/uomo!





Disinfezione con nebulizzazione terminale di aerosol a perossido di idrogeno

Buon effetto disinfettante su superfici «difficili» (es. tubi corrugati) e operatore indipendente

Non sempre compatibile con i tempi assistenziali (es. cambio sala operatoria)

Non utilizzabile durante la degenza del paziente!

Soluzioni gestionali per il controllo di processo

I sistemi di diluizione e dosaggio automatico dei disinfettanti e detergenti **rappresentano un'enorme evoluzione rispetto alle metodiche manuali, operatore dipendenti**

Sono ormai diffusi in quasi tutte le gare d'appalto, ma devono essere affiancati da un sistema di reportistica periodica.

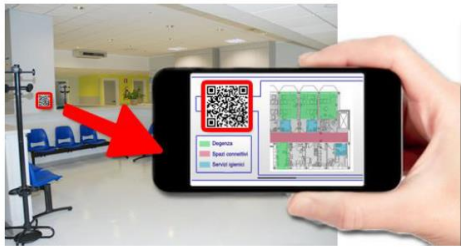
L'effettiva concentrazione finale del prodotto nella soluzione di pre-impregnazione non consente di avere una certezza della stabilità nel tempo e di una buona efficacia in condizioni d'uso.

Soluzioni gestionali per il controllo di processo

Controllo della vita utile del materiale

La «chippatura» con circuiti che consentono l'individuazione tramite identificazione a radiofrequenza (RFID) consentono di registrare le fasi di processo e la vita utile di praticamente tutte le tipologie di attrezzature e materiali pluriuso utilizzato in una commessa d'appalto

Soluzioni gestionali per il controllo di processo

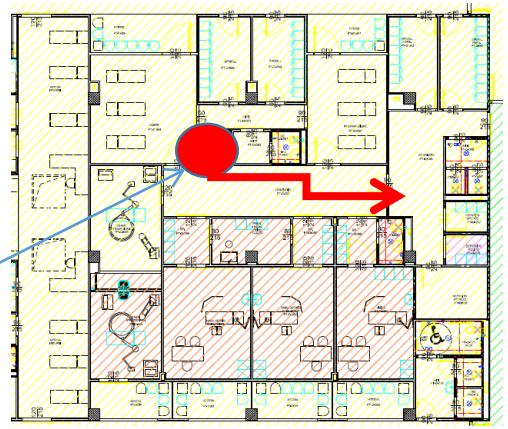


Gli stessi dispositivi, o la marcatura di locali ed aree specifiche con QR Code, consentono la rilevazione dei percorsi e del tempo di attività del personale e dei materiali «taggati» nei vari setting

Lettura passiva

Inquadramento attivo

Tracciabilità delle fasi, percorsi, tempo/operatore



Tutto questo però non dà alcuna informazione su COSA abbia fatto l'operatore.

Il punto critico rimane il controllo sull'efficacia delle metodiche e sul rispetto delle procedure.

Quali strumenti operativi per la gestione e il controllo?

ISO 9001-2008

Standard UNI EN 13459 - 2001

Sistemi di misurazione della qualità orientati al risultato

GAP fra elementi di qualità ed elementi di processo

DL81/2008

Linee guida per blocco operatorio (ISPESL)

Normative per produzioni specifiche (GMP)

Protocolli e linee guida di società scientifiche internazionali

Raccomandazioni OMS / CDC per prevenzioni infezioni ospedaliere

Protocolli specifici disciplinati dalle direzioni ospedaliere

Legislazione per la sicurezza e Raccomandazioni internazionali orientate alle procedure

Il controllo di risultato può entrare nel merito delle procedure?

SI

Definendo le procedure e i protocolli speciali nel Capitolato

Specificando i requisiti della qualità nel Capitolato

Inserendo il controllo di processo a fianco del controllo a risultato nella misurazione della qualità

Definendo le specifiche penali per il mancato rispetto di norme e procedure

La ISO 9001 2008 è chiarissima: i requisiti devono essere precisati prima della fornitura. Come? Attraverso un buon capitolato ed un buon contratto di servizi che descriva le reali operazioni da eseguire, con tutti i dettagli utili ad informare il Cliente e che regoli le modalità di erogazione del servizio.

Da: F. Furlanetto, «misurare il pulito»

Sistemi di controllo

Accettabilità dei singoli elementi controllati

- **definire una griglia di controllo con gli «item» da valutare e da accettare come «conformi» o «non conformi»**
- **Stabilire un punteggio per ogni elemento (con diverso peso a secondo dall'importanza degli ITEM) e una soglia di accettazione**

RISULTATO RILEVATO ≤ SOGLIA DI ACCETTAZIONE	ad ogni elemento viene attribuito un valore = 0	NON CONFORME
RISULTATO RILEVATO ≤ SOGLIA DI ACCETTAZIONE	ad ogni elemento viene attribuito un valore = 1	CONFORME

La somma dei punteggi di ogni ITEM per le singole zone definisce il LIVELLO DI QUALITA' di quell'area.
Tale livello viene confrontato con il livello di qualità atteso (LQA) per quella tipologia di area

Sistemi di controllo

Tabella riepilogativa dei LQA per tipologia di Area di Rischio

CONTROLLO
Tipol
Tipo 1 - A
Tipo 2 - A Alto Rischi BCM
Tipo 3 - A
Tipo 4 - P elevata int

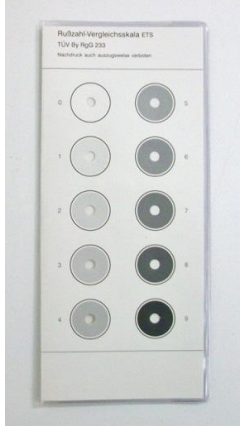
Scegliere correttamente gli ITEM permette di assegnare un punteggio significativo ad elementi critici di processo

- **Tipicamente contratti a risultato in cui è necessario valutare il livello di «qualità» del servizio erogato per ogni area esaminata**

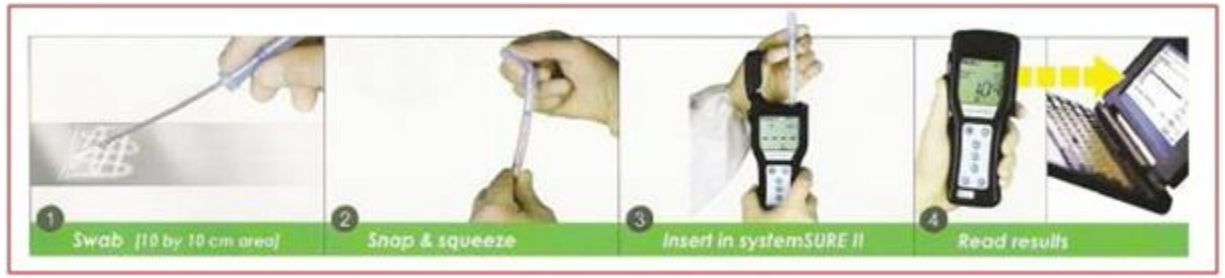
Metodologie quantitative per il controllo

- **Baussometro**

- **Scala di bacharach**



Sistemi basati sulla misurazione del grado di impolveramento delle superfici: non danno informazioni sulla natura del contaminante e sul rischio correlato



Sistema che analizza rapidamente la presenza di microrganismi, basandosi sulla rilevazione di ATP, senza possibilità di discriminare la tipologia e con indicazione quantitativa piuttosto grossolana

Misurare il pulito non dà alcuna diretta indicazione sulla presenza di specifici contaminanti!

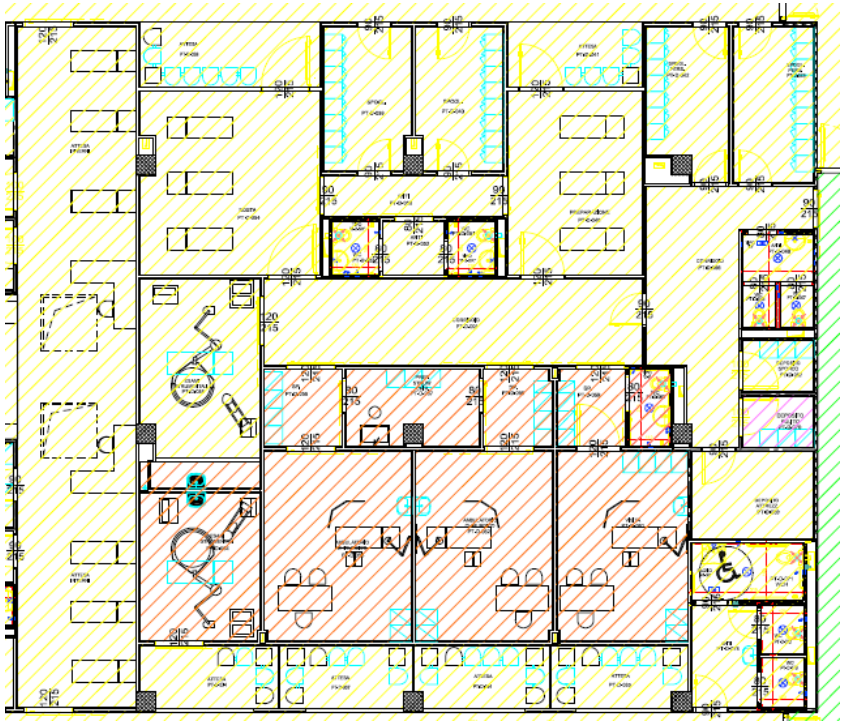
Il controllo di processo inizia dal Capitolato

1) Definizione e mappatura delle aree oggetto del servizio
2) Descrizione delle azioni quotidiane in ogni area
3) Descrizioni delle azioni periodiche e di ripristino in ogni area
4) Definizione della frequenza e fascia oraria delle azioni quotidiane e periodiche
4.1) Protocolli speciali per alto rischio
4.2) Protocolli per patologie infettive e diffusive
5) Disciplina dei materiali e prodotti utilizzati
6) Definizione dei servizi accessori
7) Organico e personale
8) Sistemi di controllo e penali

Informazioni chiave da condividere con i coordinatori di setting

Importare nel CTP i contenuti delle raccomandazioni e linee guida internazionali!

1 – Definizione delle aree per tipologia



1 AREE SANITARIE

2 AREE AD ALTO RISCHIO

3 AREE OPERATORIE

4 AREE AD ALTA PERCORRENZA

5 AREE EXTRASANITARIE

6 AREE DI SERVIZIO

- **Condivisione del codice colore di ogni stanza in base all'attività sanitaria (e non ad altre esigenze!)**
- **Curare l'aggiornamento dell'anagrafica (in molti contratti l'onere è a carico dell'outsuorcer)**

2/3 – Dettaglio delle azioni da svolgere

Cod.	Operazione	3 - Aree operatorie	2 - Aree sanitarie ad alto rischio infettivo ed a B.C.M.		1 - Aree sanitarie			4 - Percorsi ad elevata intensità di traffico			5 - Aree extra-sanitarie	6 - Aree di servizio	6 - Aree di servizio - Settore cucine		7 - Aree esterne
			1° int. giornaliero	2° int. (ripasso)	1° int. giornaliero	2° int. (ripasso)	3°/4°/5° int. ove previsto (ripasso)	1° int. giornaliero	2° int. (ripasso)	3°/4°/5° int. (ripasso)			1° int. giornaliero	2° int. (ripasso)	
	SALE OPERATORIE, EMODINAMICA, AUTOPTICHE, SALE A B.C.M.: Detersione e successiva disinfezione attrezzature	X													
	SALE OPERATORIE, EMODINAMICA, AUTOPTICHE, SALE A B.C.M.: Detersione e successiva disinfezione delle pareti e dei divisori in vetro	X	X	X											
16	Detersione dell'unità paziente: letto, testaletto, comodino, armadio (parte esterna)		X	X	X	X									
17	Detersione e disinfezione eventuali zone lavabo c/o ambulatori e laboratori		X	X	X	X									
18	Detersione e disinfezione giochi bimbi				X										
19	Scopatura ad umido pavimenti corridoi e parti comuni di reparto						X								
20	Detersione pavimenti corridoi e parti comuni di reparto						All'oc-correnza								

2/3 – Dettaglio delle azioni da svolgere

- **Prestare attenzione alla successione delle fasi**

Tabella riepilogativa sequenza delle attività per Area di Rischio

AREE	ORDINE TEMPORALE OPERAZIONI
3 - AREE OPERATORIE	4, 1, 5, 6, 9, 10, 13, 12, 15,14, 2, 3
2 - AREE SANITARIE AD ALTO RISCHIO INFETTIVO ED A B.C.M.	4, 1, 16, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 12, 17, 18, 14, 2, 3
1 - AREE SANITARIE - 6 - AREE DI SERVIZIO - SETTORE CUCINE	
4 - PERCORSI AD ELEVATA INTENSITÀ DI TRAFFICO	4, 1, 5, 22, 8, 23, 24, 11, 13, 12, 2
5 - AREE EXTRASANITARIE - 6 - AREE DI SERVIZIO (MAGAZZINI E ARCHIVI)	1, 13, 12, 2
7 - AREE ESTERNE	22, 26, 25, 27, 28

5. Detersione arredi fissi e mobili soggette a formazione quotidiana di sporco
7. Spolveratura ad umido arredi fissi e mobili
16. Detersione dell'unità paziente
18. Detersione giochi bimbi

Prelevare dal secchiello un panno in microfibra blu. Vaporizzare sul panno il prodotto detergente. Ripiegare il panno in quattro facciate. Cominciare la detersione delle superfici verticali e orizzontali dell'unità paziente. Dopo aver deterso ciascuna unità paziente, riporre il panno sporco nell'apposita rete per la raccolta. UTILIZZARE UN PANNO PER OGNI UNITA' PAZIENTE. Per gli arredi comuni utilizzare un panno supplementare, avendo cura di cambiare faccia del panno ad ogni arredo.

4 – Fasce orarie e frequenze

Zona	Descrizione locali	Aree presenti	Note	FASCE ORARIE D'INTERVENTO 1° intervento giornaliero	2° Intervento (ripasso)	3° Intervento (ripasso)	4° Intervento (ripasso)	5° Intervento (ripasso)	Fabbisogno settimanale sacchi neri
MASSA OSPEDALE									
Piano interrato									
SERVIZI COMUNI	SPOGLIATOI PERSONALE	4		8:00 – 10:00					
COLLEGAMENTI AD ALTA PERCORRENZA		4		08:00 - 09:00	11:30 - 12:30	17:00-18:00			
CORRIDOIO COLLEGAMENTI	TUNNEL AGV	5	MERCOLEDI' 10:00 - 11:00	SETTIMANALE					
SALE RIUNIONI		5		18:00-19:00					
MAGAZZINI AGGIUNTIVI MATERIALE SANITARIO		5	FARMACIA: CONCORDARE FASCIA ORARIA CON PRESENZA OPERATORE	9:00-10:00					
MAGAZZINI TECNICI		6		BIMESTRALE					

È cruciale diffondere le informazioni ai coordinatori, fornendo estratti di sintesi dove sia possibile sapere con chiarezza, per ogni locale/area:

- **La classificazione dello spazio in base alle diverse aree di rischio**
- **Le azioni previste e la loro sequenza**
- **Le fasce orarie di intervento**
- **La periodicità degli interventi**

4 – Procedure per alto rischio / decontaminazione / protocolli speciali

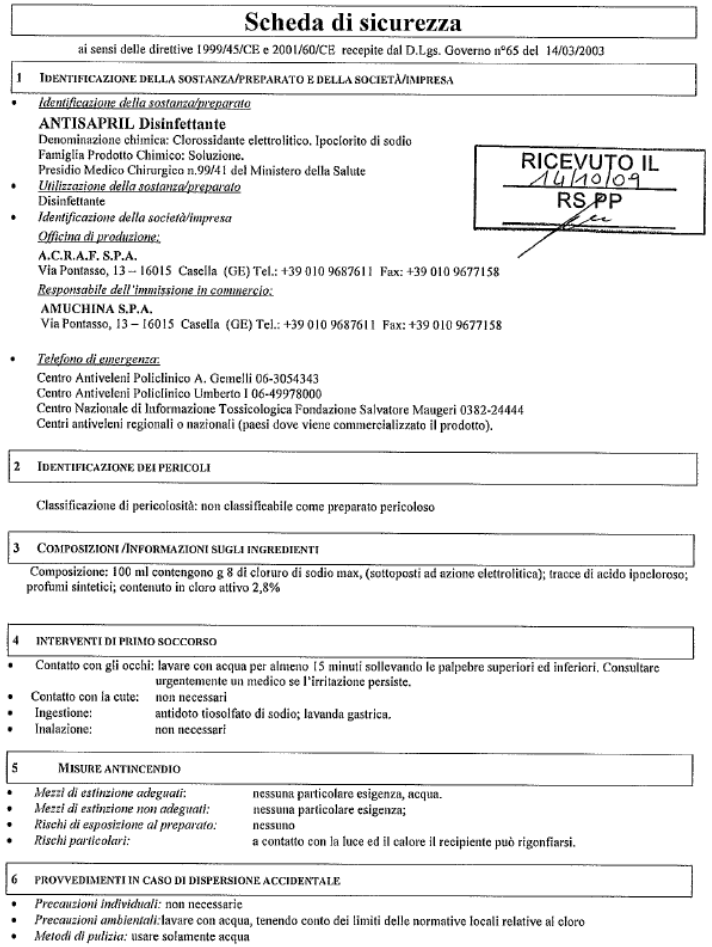
-Condividere le procedure permette di vincolare alle evidenze scientifiche il controllo di processo e rendere significativo il controllo di risultato:

- **Sanificazione blocchi operatori ed aree BCM**
- **Procedure prevenzione rischio infettivo**
- **Procedure sanificazione in aree di isolamento (per patologia e per precuazioni assistenziali)**
- **Procedura decontaminazione**
- **Procedure sanificazione aree per assistenza a pazienti sensibilizzati al lattice**

Entrare nel merito della metodologia, prodotti, tempi di contatto, successione delle fasi, DPI…

Dove	Descrizione delle operazioni	Frequenza	Operatore	Vigilanza
ALL' ESTERNO DELLA S.O.	Indossare DPI	Prima delle successive operazioni	OSS/Ditta esterna	C.S. D.M.P.O.
	Preparare tutto il materiale necessario all'esecuzione dell'attività prevista	Prima delle successive operazioni	OSS/Ditta esterna	C.S. D.M.P.O.
ALL' INTERNO DELLA SALA OPERATORIA	Allontanare immediatamente presso il deposito dello sporco: - tutta la biancheria usata per l'intervento; - tutti i rifiuti prodotti, raccolti secondo le procedure aziendali in atto; - tutto lo strumentario non monouso utilizzato per la sedazione del paziente e l'intervento chirurgico, da avviare alla decontaminazione per la successiva sterilizzazione.	5/7	OSS	C.S. D.M.P.O.
	Cospargere sulle superfici macchiate di sangue e/o da altri liquidi biologici Dicloroisocianurato al 5-10% in granuli e far agire per cinque minuti prima di procedere con la detersione e la disinfezione.	5/7	Ditta esterna	C.S. D.M.P.O
	Trasporto all'esterno degli arredi e delle apparecchiature rimovibili (letto operatorio, dispositivi elettromedicali, cavi di monitoraggio, carrelli porta sacco teleria, arredi e suppellettili trasportabili.	5/7	Ditta esterna	C.S. D.M.P.O
ALL' ESTERNO DELLA SALA OPERATORIA	Detersione degli arredi e delle apparecchiature rimuovibili (letto operatorio, dispositivi elettromedicali, cavi di monitoraggio, carrelli porta sacco teleria, arredi e suppellettili trasportabili).	5/7	Ditta esterna	C.S. D.M.P.O
	Disinfezione degli arredi e delle apparecchiature rimuovibili (letto operatorio, dispositivi elettromedicali, cavi di monitoraggio, carrelli porta sacco teleria, arredi e suppellettili trasportabili).	5/7	Ditta esterna	C.S. D.M.P.O

5 – Prodotti e attrezzature



Scheda di sicurezza

ai sensi delle direttive 1999/45/CE e 2001/60/CE recepite dal D.Lgs. Governo n°65 del 14/03/2003

1 IDENTIFICAZIONE DELLA SOSTANZA/PREPARATO E DELLA SOCIETÀ/IMPRESA

- *Identificazione della sostanza/preparato*
  ANTISAPRIL Disinfettante
  Denominazione chimica: Clorossidante elettrolitico. Ipoclorito di sodio
  Famiglia Prodotto Chimico: Soluzione.
  Presidio Medico Chirurgico n.99/41 del Ministero della Salute
- *Utilizzazione della sostanza/preparato*
  Disinfettante
- *Identificazione della società/impresa*
  Officina di produzione:
  A.C.R.A.F. S.P.A.
  Via Pontasso, 13 – 16015 Casella (GE) Tel.: +39 010 9687611 Fax: +39 010 9677158
  Responsabile dell'immissione in commercio:
  AMUCHINA S.P.A.
  Via Pontasso, 13 – 16015 Casella (GE) Tel.: +39 010 9687611 Fax: +39 010 9677158

RICEVUTO IL 14/10/09 RS PP

- *Telefono di emergenza:*
  Centro Antiveleni Policlinico A. Gemelli 06-3054343
  Centro Antiveleni Policlinico Umberto I 06-49978000
  Centro Nazionale di Informazione Tossicologica Fondazione Salvatore Maugeri 0382-24444
  Centri antiveleni regionali o nazionali (paesi dove viene commercializzato il prodotto).

2 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI

Classificazione di pericolosità: non classificabile come preparato pericoloso

3 COMPOSIZIONI /INFORMAZIONI SUGLI INGREDIENTI

Composizione: 100 ml contengono g 8 di cloruro di sodio max, (sottoposti ad azione elettrolitica); tracce di acido ipocloroso; profumi sintetici; contenuto in cloro attivo 2,8%

4 INTERVENTI DI PRIMO SOCCORSO

- Contatto con gli occhi: lavare con acqua per almeno 15 minuti sollevando le palpebre superiori ed inferiori. Consultare urgentemente un medico se l'irritazione persiste.
- Contatto con la cute: non necessari
- Ingestione: antidoto tiosolfato di sodio; lavanda gastrica.
- Inalazione: non necessari

5 MISURE ANTINCENDIO

- *Mezzi di estinzione adeguati:* nessuna particolare esigenza, acqua.
- *Mezzi di estinzione non adeguati:* nessuna particolare esigenza;
- *Rischi di esposizione al preparato:* nessuno
- *Rischi particolari:* a contatto con la luce ed il calore il recipiente può rigonfiarsi.

6 PROVVEDIMENTI IN CASO DI DISPERSIONE ACCIDENTALE

- *Precauzioni individuali:* non necessarie
- *Precauzioni ambientali:* lavare con acqua, tenendo conto dei limiti delle normative locali relative al cloro
- *Metodi di pulizia:* usare solamente acqua

Condividere tempistiche di preparazione di materiale pronto all'uso e metodiche di ricondizionamento di materiale pluriuso

- **Recepire schede tecniche e di sicurezza da condividere con Responsabile SPPR e con CIO**

Sistema di penali basato sul controllo di processo

2) CONTROLLO DI PROCESSO								
PUNTO DI VERIFICA (tipologie di disservizio)	Tempi di ripristino*	NUMEROSITA' INADEMPIENZE (da penale)	PENALE UNITARIA	TOTALE IMPORTO PENALE	NUMEROSITA' INADEMPIENZE			Elemento minimo di valutazione
					1	2	>= 3	
2.A) MODALITA' DI ESECUZIONE DEL SERVIZIO								
PRESENZA DEL CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO	-		€ 500,00	€ -	rich. verbale	rich. scritto	penale	operatore
DIVISA PULITA	-		€ 500,00	€ -	rich. scritto	penale	penale	operatore
CORRETTA APPLICAZIONE DELLE NORME ANTINFORTUNISTICHE	-		€ 1.000,00	€ -	penale	penale	penale	giorno: 1 penale ogni 3 operatori, fino ad un max di 3 penali
RISPETTO DEI PROTOCOLLI OPERATIVI DI INTERVENTO CONVENUTI	-		€ 700,00	€ -	penale	penale	penale	
RISPETTO DEI PROTOCOLLI OPERATIVI DI INTERVENTO CONVENUTI (Aree Operatorie e Aree BCM)	-		€ 1.000,00	€ -	penale	penale	penale	
UTILIZZO DI ATTREZZATURE/APPARECCHIATURE/PRODOTTI/MATERIALI CONFORMI CON QUANTO CONCORDATO	-		€ 700,00	€ -	penale	penale	penale	
ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE PROGRAMMATA / PRESENZA DELL'OPERATORE ADDETTO AL SERVIZIO (segnalazione entro 30 min dalla fine dell'intervento programmato; nel caso gli interventi di pulizia siano effettuati a chusura del Servizio, es: laboratori/farmacia, la rilevazione del disservizio deve essere effettuata entro 30 min dall'apertura dello stesso)	30 MIN		€ 1.000,00	€ -	penale	penale	penale	intervento
SUFFICIENTE APPROVVIGIONAMENTO MATERIALE (service WC)	-		€ 700,00	€ -	rich. scritto	penale	penale	giorno

Modalità Applicazione

		AUSL/CONCESSIONARIO	note
1.	RILEVAZIONE DISSERVIZIO		
2.	*è previsto il richiamo verbale?*	SI / NO	
3.	RICHIAMO VERBALE		da inoltrarsi via e-mail dal Concedente (nella persona del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero o figura equivalente cui gli atti regolamentari affidano la gestione della concessione) al Concessionario (nella persona del Responsabile di Presidio incaricato da GE.SAT e per conoscenza al Direttore Operativo di GE.SAT ed al Direttore Operativo di SAT)
4.	*è previsto il richiamo scritto?*	SI / NO	
5.	RICHIAMO SCRITTO		da inoltrarsi via lettera dal Concedente (nella persona del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero o figura equivalente cui gli atti regolamentari affidano la gestione della concessione) al Concessionario (all'attenzione del Direttore Operativo di SAT).
6.	APPLICAZIONE PENALE		da notificarsi secondo le modalità previste nella Convenzione e nel Capitolato Prestazionale
7.	*il ripristino del disservizio è avvenuto entro i tempi previsti?*	SI / NO	
8.	APPLICAZIONE PENALE SUL MANCATO RISPETTO DEI TEMPI DI RIPRISTINO		applicazione penale € 500,00 (da rivalutare come previsto da Convenzione)
		FINE	

Possibili raccomandazioni
1 – per la Pubblica Amministrazione

- Le evidenze scientifiche devono essere incluse nei CTP fin dalla fase di stesura e di banditura della gara

- I requisiti per il controllo ambientale diventare elementi della qualità e condizionare tutte le fasi dell'esecuzione del contratto di sanificazione

- Le Stazioni Appaltanti devono investire in professionalità formate e dedicate al controllo dell'esecuzione dei contratti, con strumenti adeguati per vincolare il canone dei contratti all'effettivo raggiungimento di qualità

Possibili raccomandazioni
2 – per le Direzione Sanitarie

Investire nell'interdisciplinarietà

- Controllo di processo
  Ingegneria Gestionale
- Collaborazione con CIO, RSSP, Staff area tecnica, supporto amministrativo e legale

Investire nella formazione

Istituire e incentivare i gruppi di supporto al RUP /art. 113 del Codice degli Appalti (DL 50/2016)

Possibili raccomandazioni
3 – per le società scientifiche

- Sviluppare la cultura del benchmarking sull'applicazione delle buone pratiche nell'outsourcing e coinvolgere tutti gli stakeholders

- Elaborare gli strumenti tecnici per la valutazione delle performance sulla prevenzione del rischio infettivo (includendo i servizi!)

- Validare SOLO le metodiche in linea con le evidenze scientifiche