



U.O.C. ACQUISTI E LOGISTICA

Allegato n. 1.

MODALITA' DI CONTROLLO APPALTO PULIZIE PRESIDI OSPEDALIERI

Accanto al piano di autocontrollo proposto dal Prestatore, l'AV1 controlla direttamente, con i propri operatori, il regolare svolgimento del servizio, procedendo a verifiche con le seguenti modalità:

- a) controlli autonomi diretti, con eventuale coinvolgimento del Prestatore - se presente e disponibile - ad assistere alle operazioni di controllo, espletate mediante utilizzo della "Scheda di controllo del servizio pulizia nelle strutture ospedaliere" (scheda n. 1), e conseguente verifica della risoluzione del problema segnalato;
- b) controlli a campione, per la verifica della qualità del servizio nelle unità operative, servizi e spazi comuni, secondo piano di campionamento, con periodicità mensile, in presenza del Responsabile o Referente del Prestatore, mediante l'utilizzo della "Scheda di verifica del servizio di pulizia" (scheda n. 2).

CONTROLLI AUTONOMI DIRETTI DELLA AV1

1. CONTROLLO GIORNALIERO O AL BISOGNO

Per quanto riguarda le pulizie ordinarie continuative e periodiche, il personale dipendente in servizio presso l'AV1 svolgerà quotidianamente un controllo quali/quantitativo sulle prestazioni.

L'AV1 avrà pertanto la facoltà di far eseguire, per mezzo di suoi incaricati ed in presenza del Responsabile del Prestatore, se disponibile, accertamenti e controlli in qualsiasi momento e senza alcun preavviso, sulle modalità operative, sulle attrezzature, sui risultati delle operazioni di pulizia e disinfezione e sui prodotti impiegati per le operazioni stesse.

L'AV1, a seguito dell'aggiudicazione, comunicherà le figure che saranno preposte all'effettuazione dei suddetti controlli.

Sarà facoltà dell'AV1 prelevare, in qualsiasi momento, campioni dei prodotti per verificarne la qualità offerta in gara, la loro atossicità e la rispondenza alle norme vigenti in materia, nonché accertare in ogni momento l'applicazione delle norme antinfortunistiche, fermo restando la responsabilità del Prestatore per quanto riguarda l'inosservanza delle medesime. Tutte le contestazioni saranno effettuate all'atto del verificarsi dell'inadempienza, possibilmente in contraddittorio con il Responsabile del Prestatore che, in caso di contestazione scritta, è tenuto ad inserire in calce le proprie osservazioni.

Nell'eventualità di non conformità del servizio di pulizia (ad esempio mancata o non adeguata esecuzione delle operazioni previste, impiego di prodotti e/o materiali non conformi a quelli dichiarati, etc.), si procederà come segue:

- in assenza di osservazioni o in caso di mancato intervento del Responsabile, si intendono accettati i rilievi mossi e copia della scheda di rilevazione, corredata degli eventuali documenti, sarà consegnata o trasmessa al Prestatore, per gli interventi di ripristino;

Per questo procedimento, indirizzare la corrispondenza a:

ASUR - Area Vasta n. 1 - U.O.C. Acquisti e Logistica
via Sebastiano Ceccarini 38 - 61032 Fano PU

IL DIRETTORE MEDICO PRES. OSPED.

IL DIRIGENTE U.O. C. ACQUISTI E LOGISTICA

C:\Users\patrizia.fanelli\Desktop\granni\all 1.docx

- pag. 1 di 7 -

CSSERMOD

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede legale: via Guglielmo Oberdan 2 - 60122 Ancona - C.F. e P.IVA 02175860424

Area Vasta n. 1

Sede amministrativa: via Sebastiano Ceccarini 38 - 61032 Fano PU

- Il Prestatore è obbligato a risolvere il problema entro 24 ore;
- trascorso il termine per adempiere, copia della scheda è trasmessa all'U.O.C. Acquisti e Logistica dell'AV1, per i successivi provvedimenti di competenza;
- l'AV1 si riserva di applicare le penalità, secondo quanto previsto nel capitolato, tenendo conto della tempestività degli interventi di ripristino.

Il susseguirsi di attività incomplete o imperfette, sia pure eseguite a mezzo di ripetizione gratuita, costituisce il presupposto per l'applicazione delle penalità previste dal presente capitolato; pertanto le copie delle predette schede e/o verbalizzazioni dovranno essere allegate alla corrispondente fattura mensile per l'eventuale decurtazione del corrispettivo.

PROCEDURE DI CONTROLLO A CAMPIONE

Tabella 1. - CONTROLLO SU PIANO DI CAMPIONAMENTO

CHI	Direzione Medica del presidio / Servizio Infermieristico / Responsabile-Referente Prestatore												
STRUMENTO	SCHEDA n. 2 - Scheda di verifica a campione del servizio di pulizia												
QUANDO	Con frequenza mensile, secondo piano di campionamento												
COSA	La scelta dei locali per la composizione del campione va pianificata secondo il piano di campionamento sotto dettagliato.												
DIMENSIONE DEL CAMPIONE	<p>DIMENSIONE = compresa tra il 10% e il 30%, come indicato nella tabella "Estensione campione e soglia di accettabilità", di seguito riportata</p> <p>I locali da sottoporre a controllo sono individuati nell'ambito delle seguenti sedi ospedaliere:</p> <table border="1" data-bbox="359 974 1177 1332"> <thead> <tr> <th>AV rif.</th> <th>Descrizione sede ospedaliera</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Area Urbino</td> <td>Ospedale Urbino</td> </tr> <tr> <td>Area Urbino</td> <td>Ospedale Cagli</td> </tr> <tr> <td>Area Urbino</td> <td>Ospedale Sassocorvaro</td> </tr> <tr> <td>Area Fano</td> <td>Ospedale di Fossombrone</td> </tr> <tr> <td>Area Fano</td> <td>Ospedale di Pergola</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fermo restando che il controllo del campione è a rotazione, si stabilisce che i locali già controllati potranno essere inseriti anche nel campione del periodo successivo.</p>	AV rif.	Descrizione sede ospedaliera	Area Urbino	Ospedale Urbino	Area Urbino	Ospedale Cagli	Area Urbino	Ospedale Sassocorvaro	Area Fano	Ospedale di Fossombrone	Area Fano	Ospedale di Pergola
AV rif.	Descrizione sede ospedaliera												
Area Urbino	Ospedale Urbino												
Area Urbino	Ospedale Cagli												
Area Urbino	Ospedale Sassocorvaro												
Area Fano	Ospedale di Fossombrone												
Area Fano	Ospedale di Pergola												

Il sistema di controllo a campione, attraverso gli strumenti e gli elementi necessari per la determinazione del risultato, deve garantire un monitoraggio completo del servizio appaltato, in grado di integrare il controllo visivo con metodi di misurazione oggettivi.

Oggetto del controllo è il risultato delle prestazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture comprese nell'appalto del servizio.

Scopo del controllo è la verifica della conformità e dell'efficacia del sistema di erogazione dei servizi, nonché della misura e del miglioramento della qualità.

Ai fini del controllo del servizio oggetto dell'appalto, le aree e i locali della struttura, costituenti oggetto dell'appalto, sono suddivise in uno o più lotti di controllo.

Tabella 2. - Definizioni

Popolazione di controllo	Totale dei locali soggetti a controllo nella struttura oggetto dell'appalto del servizio
Lotto di controllo	Parte della popolazione di controllo, comprendente una o più U.O. e/o Servizi, individuato secondo criteri di contiguità fisica (stesso piano, stessa ala, etc.)
Campione di controllo	Gruppo di locali, individuati per selezione o mediante sorteggio, con la caratteristica di rappresentare la popolazione di controllo, in quanto comprendente le diverse destinazioni d'uso.
Periodicità di controllo	Intervallo di tempo durante il quale deve essere effettuato il controllo delle aree e dei locali costituenti il campione di controllo
Piano di campionamento	procedura per il dimensionamento del campione di controllo.

Individuazione, composizione e definizione del lotto di controllo

Nell'ambito della popolazione di controllo, l'AV1 potrà definire più lotti di controllo, secondo la definizione sopra indicata.

L'insieme delle aree costituenti il lotto costituisce la popolazione di controllo del lotto.

All'interno dei lotti di controllo possono essere comprese differenti categorie di aree, rappresentate sia da locali aventi la stessa destinazione d'uso, sia da locali aventi gli stessi parametri di valutazione.

Gli elementi di controllo e i criteri di valutazione per ciascun elemento di controllo sono indicati, come criterio generale, nella "Scheda n. 2".

E' facoltà dell'AV1 definire per ogni categoria di locale, in relazione all'uso dello stesso e alle prestazioni dell'appalto, elementi di controllo e criteri di valutazione specifici, dandone preventiva comunicazione al Prestatore, alla quale è concesso un termine di 10 giorni per eventuali osservazioni.

Con riferimento alla principale tipologia di area alla quale è riconducibile, per ogni lotto è stabilito, secondo il prospetto sotto riportato:

- l'estensione del campione di controllo, riferita in percentuale al numero totale dei locali compresi nella popolazione di controllo, con arrotondamento all'unità;
- la periodicità delle operazioni di verifica sul campione di controllo stabilito;
- la soglia di accettabilità, ponendo il livello massimo di conformità uguale a 1.

Tabella 3. - Estensione campione controllo e soglia accettabilità"

Pos.	Tipologia area	Estensione campione di controllo		Periodicità controllo	Soglia di accettabilità
		MIN	MAX		
1.	Area operatoria	20%	30%	mensile	0,95
2.	Area sanitaria ambulatoriale specialistica	10%	30%	mensile	0,95
3.	Area sanitaria ambulatoriale non specialistica	10%	20%	mensile	0,90
4.	Area sanitaria di degenza	10%	30%	mensile	0,90
5.	Area comune	10%	20%	mensile	0,85
6.	Area organizzativa, amministrativa e tecnica	10%	10%	mensile	0,75
7.	Area esterna			bimestrale	0,75

Rispetto alla soglia di accettabilità prestabilita, sarà accettata una tolleranza in rapporto al tempo dalla esecuzione delle operazioni di pulizia al momento della verifica, come stabilita nel seguente prospetto:

Tempo trascorso minuti	Tolleranza %
30	3%
60	5%
90	7%
120	10%

Modalità di controllo

Nell'ambito della estensione sopra indicata, sono preventivamente definite dall'AV1, per ogni lotto, le

IL DIRETTORE MEDICO PRES. OSPED.

IL DIRIGENTE U.O.C. ACQUISTI E LOGISTICA

aree e le tipologie di locali costituenti il campione di controllo rappresentativo dell'intero lotto.

I locali che compongono il campione da sottoporre a controllo di volta in volta saranno sorteggiati in modo casuale, salva la facoltà dell'AV1 di indicare preventivamente alcuni locali compresi nel campione di controllo, entro il limite del 20%.

Data e ora del controllo saranno comunicate dall'AV1 al Prestatore almeno 24 ore prima; l'estrazione dei locali di controllo sarà effettuata dall'AV1, in presenza del rappresentante del Prestatore, appena prima di recarsi sul luogo del controllo stesso.

In assenza del rappresentante del Prestatore, il sorteggio e il controllo saranno effettuati direttamente dall'AV1; in questo caso, il controllo sarà ritenuto valido a tutti gli effetti e al Prestatore non spetterà alcuna possibilità di contestazione riguardo alle modalità o al risultato del controllo effettuato.

Dopo aver effettuato le operazioni di sorteggio, si procederà contestualmente e obbligatoriamente alla verifica di tutti i locali sorteggiati per il controllo del lotto nella stessa giornata, con prosecuzione nella giornata successiva solo in caso di impossibilità a concludere le operazioni nella giornata.

Del parziale rinvio delle operazioni alla giornata successiva si darà atto nel verbale di verifica.

SCHEDA N. 1

SCHEDA DI CONTROLLO DEL SERVIZIO DI PULIZIA
NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

DATA _____ ORA _____ - PRESIDIO _____
UNITA' OPERATIVA _____
OPERATORE ASUR _____ - QUALIFICA _____
OPERATORE PRESTATORE _____ - QUALIFICA _____
(se presente)
AMBIENTE VERIFICATO: _____
NUMERO DIPENDENTI PRESTATORE ADIBITI ALLE OPERAZIONI: _____
MACCHINARI/ STRUMENTI UTILIZZATI: _____

RISCONTRO

PAVIMENTAZIONE

PRESENZA SPARSA DI MATERIALI DI RIFIUTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA DI POLVERE EVIDENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IMPRONTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
LANUGGINE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA DI CONTAMINAZIONE BIOLOGICA (sangue, feci, urine)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

PARETI

PRESENZA DI POLVERE EVIDENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IMPRONTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA DI CONTAMINAZIONE BIOLOGICA (sangue, feci, urine)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

INFISSI

OPACITA' VETRI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA DI IMPRONTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ARREDAMENTO

PRESENZA DI POLVERE EVIDENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IMPRONTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA DI CONTAMINAZIONE BIOLOGICA (sangue, feci, urine)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ELEMENTI RISCALDANTI

PRESENZA DI POLVERE EVIDENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA DI CONTAMINAZIONE BIOLOGICA (sangue, feci, urine)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>


ELEMENTI ILLUMINANTI

PRESENZA DI POLVERE EVIDENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

CONTENITORI DEI RIFIUTI

CONTENITORI NON SVUOTATI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SACCO NON CAMBIATO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ALTRO: _____

IL DIRETTORE MEDICO PRES. OSPED. 

IL DIRIGENTE U.O.C. ACQUISTI E LOGISTICA

OSSERVAZIONI PRESTATORE: _____

per l'ASUR/AV1

per il Prestatore

SEGNALATO A:

Direzione Medica NO SI
Responsabile Prestatore (*se non presente*) ... NO SI
Problema risolto NO SI data _____ ora _____

Caposala / Referente U.O./Servizio

_____ firma

N.B. La scheda deve essere inviata al Servizio Igiene Ospedaliera (ove presente) o alla Direzione Medica

SCHEDA N. 2

SCHEDA DI VERIFICA A CAMPIONE DEL SERVIZIO DI PULIZIA

Data e ora di rilevazione _____

Lotto di verifica/controllo _____

Unità Operativa / Servizio _____

Area/Locale/soggetta a verifica: _____

ELEMENTI DA CONTROLLARE	PARAMETRI DI GIUDIZIO						PUNTI	
	Impronte	Macchie (mater. biologico, ecc.)	Polvere (pavimenti)	Polvere (altre superfici)	Residuo lavaggio	Rifiuti	max	val.
Arredi/oggetti								
Davanzali/balconi								
Pareti								
Pavimenti/battiscopa								
Porte								
Servizi igienici								
Unità del paziente								
Vetrate/finestre								
TOTALE PUNTI								
QUOZIENTE MEDIO	(punti val / punti max)							

CRITERI DI GIUDIZIO DEI PARAMETRI DI VALUTAZIONE CON I RELATIVI PUNTEGGI

Impronte	N. impronte: punti 1: tre impronte - punti 2: due impronte - punti 3: una impronta - punti 4: assenza impronte
Macchie (materiale biologico, ecc.)	N. macchie: punti 1: tre macchie - punti 2: due macchie - punti 3: una macchia - punti 4: assenza macchie
Polvere (pavimenti)	Bassometro: criteri da definire
Polvere (altre superfici)	Scala di Bacharach: punti 1: grado 9 (nero) - punti 2: grado tra 5 e 8 compresi (grigio scuro) - punti 3: grado tra 1 e 4 compresi (grigio chiaro) - punti 4: grado 0 (assenza polvere)
Residuo lavaggio	Presenza visibile di tracce: punti 1: colature diffuse (> 3) - punti 2: tre tracce - punti 3: due tracce - punti 4: assenza residui
Rifiuti	N. rifiuti visibili: punti 1: 3 rifiuti - punti 2: 2 rifiuti - punti 3: 1 rifiuto - punti 4: assenza rifiuti

Direzione Medica/
Servizio Igiene OspedalieraLa Caposala /
Referente di UOL'Impresa
Il Responsabile/Referente

IL DIRETTORE MEDICO PRES. OSPED.

IL DIRIGENTE U.O.C. ACQUISTI E LOGISTICA

