

REGOLAMENTO INTERNO PER L'ACCESSO DA PARTE DI OPERATORI ESTERNI PER SERVIZI DI BARBIERIA, PARRUCCHIERIA ED ESTETICA NELLE UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA DELLE VARIE STRUTTURE OSPEDALIERE AV3.

(Approvato con determina del Direttore AV3 n. 1746 del 28-12-2017).

Art.1)

Finalità

Il Regolamento interno di cui si propone l'adozione, disciplina la fornitura di servizi di barbieria, parrucchieria ed estetica nell'ambito degli Stabilimenti Ospedalieri dell'AV3, allo scopo di migliorare il comfort dei pazienti, di umanizzare il periodo di permanenza in ospedale e minimizzare il rischio di trasmissione di microrganismi tra paziente-paziente e tra operatore-paziente.

Ai titolari delle autorizzazioni spetta l'obbligo e la responsabilità dell'osservanza del presente regolamento.

Art.2)

Requisiti per autorizzazione

L'autorizzazione all'espletamento del servizio di barbieria, parrucchieria ed estetica dovrà essere espressamente richiesta dall'interessato alla Direzione Amministrativa Ospedaliera sede di Camerino compilando e sottoscrivendo l'apposito modello (allegato 1).

L'interessato è tenuto a:

- Possedere i requisiti propri della categoria professionale (Regolamento del Comune);
- Dimostrare l'iscrizione alla Camera di Commercio;
- Dichiarare di accettare ed impegnarsi a rispettare il presente regolamento;
- Depositare il tariffario delle prestazioni che si intende erogare;
- Indicare sedi, giorni ed orari ad effettuare il servizio;
- Indicare il recapito telefonico ove essere contattate;
- Stipulare polizza assicurativa;
- Depositare il protocollo di sanificazione e disinfezione del materiale utilizzato **non** monouso.

Accertato il possesso dei requisiti la Direzione Amministrativa Ospedaliera provvede a rilasciare le autorizzazioni ai richiedenti.

L'elenco delle autorizzazioni rilasciate, predisposto secondo il modello di cui all'allegato 3, viene tenuto aggiornato e trasmesso alla DMO, al SPS e all'URP.

Art.3)

Richiesta di esecuzione del servizio

1. *L'intervento del fornitore del servizio può avvenire su chiamata telefonica del diretto interessato o del familiare.*

2. *L'interessato deve informare il Personale sanitario di assistenza sulla prestazione richiesta in modo da pianificare la modalità dell'intervento (orario, giorno, locale a disposizione per il servizio) e da verificarne la tipologia al fine di assicurare la compatibilità e l'appropriatezza dell'intervento sul paziente.*

Art.4)

Prodotti e materiali

1. *Tutti i materiali necessari per l'esecuzione del servizio sono a carico del fornitore e vanno conservati e trasportati in apposita valigetta dedicata;*
2. *Per ogni cliente deve essere utilizzata biancheria MONOUSO, guanti monouso ed è obbligatorio il lavaggio delle mani da paziente a paziente;*
3. *Utilizzare rasoi MONOUSO (da sostituire ad ogni paziente);*
4. *Utilizzare il pettine personale del paziente o in alternativa un pettine nuovo (aprire la confezione di fronte al paziente) da lasciare o buttare una volta utilizzato;*
5. *Utilizzare la spazzola personale del paziente o in alternativa spazzole che possono e devono essere accuratamente lavate e adeguatamente sanificate ad ogni utilizzo;*
6. *E' proibito l'uso di piumini. Per spargere il talco, far uso esclusivamente del polverizzatore;*
7. *E' proibito l'uso del pennello da barba; utilizzare schiuma da barba spray che dovrà essere distribuita sul volto mediante le mani (USARE I GUANTI);*
8. *Utilizzare forbici o taglienti pluriuso sterili in acciaio inox in busta sigillata, da aprire di fronte al paziente. Una volta utilizzate, le forbici o taglienti vanno puliti, lavati, disinfettati e/o sterilizzati con prodotti o strumenti riconosciuti idonei ed efficaci;*
9. *Utilizzare guanti MONOUSO, da indossarsi all'inizio del servizio e da sostituire ad ogni paziente previo lavaggio delle mani.*
10. *Tamponare se necessario con salviette monouso, evitare l'uso di presidi emostatici pluriuso (tipo stick emostatico)*

Tutti i taglienti andranno smaltiti negli appositi ago-box presenti in infermeria; tutti i materiali monouso utilizzati andranno smaltiti nei rifiuti urbani tranne quelli visibilmente contaminati con sangue che andranno nei rifiuti speciali a rischio infettivo (bidone nero).

Art.5)

Abbigliamento

I fornitori del servizio devono:

- *Osservare costantemente le più scrupolose norme di igiene e pulizia personale, con speciale riguardo a mani e unghie;*
- *Indossare un camice pulito all'interno dell'Ospedale (**non bianco**);*
- *Essere muniti di cartellino di riconoscimento, da tenere sempre ben in vista completo di nome e cognome, qualifica e foto formato tessera*
- *Riordino accurato del luogo di esecuzione della prestazione;*

Qualora fosse necessario, su indicazione del Personale sanitario di Reparto, dovranno essere indossati specifici dispositivi di protezione individuale, come mascherine chirurgiche, copricamice monouso etc.. Rivolgersi al PS nel caso di contatto accidentale con il sangue del paziente.

Art.6)

Norme comportamentali

I fornitori del servizio durante l'espletamento della loro attività sono tenuti al rispetto delle norme di riservatezza in relazione a tutte le informazioni di cui venissero a conoscenza (norma sulla Privacy, D.Lgs n. 196/2003).

Art.7)

Verifiche e controlli

Qualora si ravvisassero delle irregolarità riguardo le norme comportamentali o presunte inadempienze da parte del fornitore, il personale è tenuto a darne immediata comunicazione alla Direzione Amministrativa di sede utilizzando l'apposito modello allegato al presente regolamento (Allegato 2). Eventuali e ripetute inadempienze da parte del fornitore comporteranno la revoca dell'autorizzazione.

**Alla Direzione Amministrativa AV3
Ospedale sede di
62032 CAMERINO (MC)**

Il sottoscritto, _____

Nato a _____ residente in _____

Via _____ tel. _____

Indirizzo e-mail _____

Codice fiscale _____

Partita IVA _____

Iscrizione c/o Camera di Commercio di _____

Con n. _____

CHIEDE

Di essere inserito nell'elenco pubblico di barbieri, parrucchiere, estetista (barrare la/e casella/e interessate) autorizzati per i pazienti delle strutture ospedaliere di (barrare la/e casella/e interessate):

CAMERINO

CIVITANOVA MARCHE

MACERATA

SAN SEVERINO MARCHE

_____ li _____

Il Richiedente

**Alla Direzione Amministrativa AV3
Ospedale sede di
62032 CAMERINO (MC)**

MODULO DI NON CONFORMITA'

Data _____ Ora _____

Reparto _____

Cognome e Nome del Fornitore del servizio: _____

Non conformità rilevata _____

Firma dell'Operatore che ha effettuato la rilevazione della NC

ELENCO BARBIERI, PARRUCCHIERI, ESTETISTI AUTORIZZATI
(con indicazione delle Strutture Ospedaliere alle quali sono autorizzate ad accedere)

Autorizzazione	PROFESSIONISTI	Camerino	Civitanova Marche	Macerata	San Severino M.