

Allegato A

AREA AMMINISTRATIVA

Rilascio Autorizzazione

Mantenimento Autorizzazione

CHECK LIST Commissione Multidisciplinare L.R. 41/05 e regolamento 2/R/2018

Nome struttura	Comune	Data sopralluogo
TIPOLOGIA STRUTTURA	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	
	REGOLAMENTO 2R/2018 <input type="checkbox"/> - DELIBERA C.R.T. n. 228/1998 <input type="checkbox"/>	

DATI GENERALI

DENOMINAZIONE STRUTTURA:	
UBICAZIONE (LOCALITA' E INDIRIZZO):	
NOME RESPONSABILE O DIRETTORE TECNICO DELLA STRUTTURA:	
CONTATTI:	telefono:
	e-mail:
	pec:
PROPRIETARIO:	
GESTORE:	
TITOLARE:	
N. POSTI AUTORIZZATI (con distinzione per tipologia/moduli):	
La struttura è accreditata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RSA, ha sottoscritto accordo Libera Scelta con ASL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RSA, ha sottoscritto CONVENZIONE in caso di moduli specialistici o altri servizi erogati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dati trimestrali inviati alla CM DGRT 995/16 (controllare regolarità e completezza)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOTE	

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

NUMERO UTENTI PRESENTI (elenco ospiti/registro presenze)	PERSONALE PRESENTE (foglio firme):
Totale ANZIANI presenti: _____	
Autosufficienti: _____ Non Autosufficienti: _____ di cui:	N. Oss/AdB: _____
Bassa Intensità Assistenziale (Bia): _____	N. Infermieri: _____
Modulo Base: _____	N. Animatori/Educatori: _____
Disabilità di prevalente natura motoria: _____	N. Fisioterapisti: _____
Disabilità Cognitivo Comportamentale: _____	Addetti Servizi Generali:
Stati Vegetativi Permanenti Stabilizzati Terminali: _____	• Pulizie: _____
Residenzialità assistenziale intermedia: _____	• Cucina: _____

Totale MINORI presenti: _____	Altro: _____
Totale DISABILI presenti: _____	Operatori presenti la notte: _____

ELEMENTI DA SOTTOPORRE A CONTROLLO

1	Elenco degli ospiti presenti (con distinzione per tipologia/moduli)	<input type="checkbox"/> Acquisito <input type="checkbox"/> Richiesto invio successivo
	NOTE	
2	disponibile la programmazione turni di tutte le figure professionali previste per il mese corrente/trimestre precedente con presenza dei nominativi e suddivisi per qualifica professionale?	<input type="checkbox"/> Acquisito <input type="checkbox"/> Richiesto invio successivo
	NOTE	
3	È fornita evidenza del personale in servizio attraverso timbrature, registri firma di ingresso/uscita, ecc....?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NOTE	
4	C'è corrispondenza fra unità di personale effettivamente presente e turno programmato? Se no indicare motivazione nelle note.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NOTE	
5	Sono presenti servizi esternalizzati? (Indicare tipologia e affidatari)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	NOTE	
6	È rilasciata l'attestazione, all'utente o al suo legale rappresentante, relativa ai costi per spese mediche e di assistenza specifica a carico delle persone accolte, ai fini della fruibilità delle agevolazioni previste dalla normativa fiscale vigente in materia? Fornire evidenza dell'attestazione tramite autodichiarazione del legale rappresentante della struttura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Acquisito <input type="checkbox"/> Richiesto invio successivo
	NOTE	

ASPETTI DA VERIFICARE IN COLLABORAZIONE CON ALTRI COMPONENTI CM :

7	Verifica casuale del possesso delle qualifiche previste per le figure professionali che operano in struttura.
	NOTE

NOME COGNOME OPERATORE

FIRMA

CHECK LIST AREA CURE PRIMARIE

 Rilascio Autorizzazione Mantenimento Autorizzazione

Nome struttura	Località e indirizzo	Data sopralluogo

Attività di monitoraggio	SI	NO	NP	Approfondimenti
Al momento del sopralluogo sono presenti n° ____ ospiti N.A. Di cui: - n° ____ assistiti allettati a permanenza - n° ____ assistiti allettati temporaneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Al momento del sopralluogo sono presenti n° ____ ospiti Autosufficienti Il livello funzionale degli ospiti controllati a campione appare coerente con la definizione di ultra sessantacinquenne autonomo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente un locale adibito ad ambulatorio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente un sistema identificativo degli ospiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono presenti fascicoli (o cartelle) personali degli ospiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le cartelle cartacee sono conservate in modo ordinato e facilmente consultabile nel rispetto della privacy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La compilazione del diario clinico da parte del MMG ha la frequenza stabilita dalla normativa regionale toscana vigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il diario clinico riporta le attività svolte dal MMG in occasione degli accessi (programmati o su chiamata) e la relativa firma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La struttura registra gli accessi mensili dei MMG e trasmette i riepiloghi al Distretto competente. (verificare almeno un trimestre precedente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È attuato e garantito l'approvvigionamento dei farmaci tramite la farmacia interna dell'ASL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Da un controllo a campione i farmaci e dispositivi medici sono conservati: - in armadio chiuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- nella confezione originale, senza segni di manomissione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Attività di monitoraggio	SI	NO	NP	Approfondimenti
- in maniera individuale, con l'annotazione del nome e cognome dell'ospite (armadi e carrelli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I farmaci e i dispositivi medici individuali verificati eccedono i 60 giorni di terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I farmaci di pazienti non più presenti in Struttura: - vengono restituiti ai familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- vengono conservati in contenitore separato e sottoposti a regolare controllo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono presenti farmaci stupefacenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I farmaci stupefacenti sono conservati separatamente in contenitore non asportabile e chiuso a chiave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È in uso una STU cartacea/informatizzata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La STU utilizzata in Struttura è conforme alle norme dettate dal Ministero, Regione Toscana e Rischio Clinico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La STU è firmata dal MMG.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Da un controllo a campione, i farmaci somministrati agli ospiti corrispondono a quanto prescritto sulla STU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In caso di necessità di somministrazione urgente di farmaci, esiste una modalità di prescrizione tracciabile in attesa dell'accesso del MMG in Struttura (es: telefonata con doppio controllo, mail, sms, whatsapp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La Struttura adotta particolari procedure per la terapia di accoglienza e riconciliazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualora necessario, viene effettuata la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide solamente per i farmaci per cui è consentito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Per i farmaci solidi non manipolabili vengono adottate idonee strategie di somministrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Attività di monitoraggio	SI	NO	NP	Approfondimenti
Se presenti in Struttura bombole di ossigeno, risultano conservate adeguatamente (protette da cadute, da fonti di calore, da materiali combustibili, da temperature superiori a 50°C, tenute in posizione verticale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vengono controllate le scadenze delle bombole di ossigeno e la presenza nella documentazione sanitaria della loro prescrizione medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono presenti Presidi di Sicurezza/Contenzioni in Struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le contenzioni risultano motivate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le contenzioni presentano carattere di eccezionalità, attualità, proporzionalità e temporaneità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È in uso una scheda di sintesi clinica per eventuali ricoveri ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C'è evidenza della somministrazione di terapia durante le ore notturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se SI, è presente personale infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono adottati protocolli sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono adottati protocolli sulla prevenzione e controllo del rischio infettivo con particolare riferimento agli organismi MDR (multi drug resistant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono registrati eventi avversi e critici: errori terapia, fuga, caduta, episodi di aggressività, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

COMPILATO DA _____

FIRMA _____

CHECK LIST AREA INFERMIERISTICA

 Rilascio Autorizzazione Mantenimento Autorizzazione

Nome struttura	Comune		Data sopralluogo

ELEMENTI DA SOTTOPORRE A VERIFICA	SI	NO	NP	Approfondimenti
Il personale infermieristico e/o addetto all'assistenza di base è in possesso del titolo di studio abilitante e/o della relativa iscrizione all'Ordine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il personale della struttura è facilmente identificabile per qualifica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nel PAI è presente e aggiornata la parte infermieristica con relativi obiettivi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esistono sistemi utilizzati dal personale di assistenza per il passaggio delle informazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TERAPIA FARMACOLOGICA	SI	NO	NP	Approfondimenti
La STU utilizzata in struttura è conforme alle norme dettate dalla Regione, Ministero e Rischio Clinico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La terapia viene preparata e somministrata dalla stessa persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La registrazione dell'avvenuta o mancata somministrazione della terapia avviene contestualmente alla stessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In struttura è presente un registro firma/sigla del personale in servizio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viene effettuata la triturazione dei farmaci con strumenti idonei che risultano puliti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viene effettuata la triturazione dei farmaci soltanto per i farmaci Consentiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente e aggiornato un registro delle scadenze?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viene registrata sulla confezione la data di apertura e la nuova scadenza calcolata per i farmaci come colliri sciroppi pomate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I farmaci LASA sono correttamente contraddistinti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente un frigo ad uso esclusivo per i farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È dotato di termometro allarmato e/o con indicazione di T° min e max e la temperatura viene registrata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viene controllata e registrata la T° dell'ambiente in cui sono conservati i farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I presidi per la somministrazione di O2 sono correttamente gestiti e viene usata acqua sterile per gorgogliatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BISOGNI ASSISTENZIALI	SI	NO	NP	Approfondimenti
È presente e utilizzato uno strumento per la valutazione delle lesioni da pressione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono presenti ospiti con lesioni cutanee documentate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se SI, sono documentati interventi per la gestione delle LDP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono in uso i protocolli e relativi sistemi di monitoraggio per: prevenzione e gestione delle U.D.P <input type="checkbox"/> , prevenzione delle cadute <input type="checkbox"/> gestione delle stomie e delle Peg <input type="checkbox"/> gestione del dolore <input type="checkbox"/> monitoraggio della alimentazione e idratazione <input type="checkbox"/> monitoraggio della nutrizione enterale e parenterale <input type="checkbox"/> Gestione ospiti infetti <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viene usato uno strumento per valutare la malnutrizione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vengono regolarmente rilevati i pesi degli ospiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente una bilancia/piattaforma per carrozzine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viene registrata l'assunzione di cibo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viene registrata l'idratazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente la documentazione relativa al calendario dei bagni/docce degli ospiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gli schemi di posizionamento sono aggiornati e firmati dagli operatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono presenti ausili per il posizionamento/trasferimento degli ospiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La biancheria da letto risulta in ordine e pulita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'abbigliamento e l'igiene degli ospiti è adeguatamente curato ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente il monitoraggio per l'evacuazione intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se presente il carrello/borsa dell'urgenza? Se Si: • è tenuto correttamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono presenti e messe in atto le buone pratiche relative al lavaggio delle mani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Sono presenti ospiti colonizzati? Se Si: • è presente la cartellonistica dedicata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• è presente la postazione con materiale monouso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• è diversificato il percorso pulito e sporco colonizzati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In struttura ci sono ospiti che utilizzano presidi di sicurezza/contenzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I presidi di sicurezza/contenzione risultano adeguatamente monitorate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I presidi di sicurezza/contenzione risultano adeguatamente tracciati con annotazioni nella documentazione individuale degli ospiti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NOME INFERMIERE

FIRMA

AREA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA
 Rilascio Autorizzazione Mantenimento Autorizzazione

Nome e tipologia struttura	Comune e indirizzo	Data sopralluogo

Pos. n°	Controllo	NA	C	NC
1	Camere			
1.1	Condizioni igienico sanitarie del locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Manutenzione e pulizia degli arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Condizioni biancheria e materassi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Aerazione/ Illuminazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Servizi igienici annessi e non annessi alle camere			
2.1	Condizioni igienico sanitarie dei locali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Manutenzione e pulizia dei sanitari e degli arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Aerazione/ Illuminazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Presenza dei seguenti accessori: - Cestino - Sapone in dispenser - Rubinetto a leva lunga - Carta igienica - Contenitore per biancheria sporca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Procedura gestione dotazione materiale per singolo ospite (es: spugne, spazzolini, asciugamani)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Presenza supporto sostegno/sbarre; Presenza campanello di allarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Bagno assistito per piano			
3.1	Condizioni igienico sanitarie del locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Manutenzione e pulizia sanitari e arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Aerazione/ Illuminazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Presenza dei seguenti accessori: - Salviette monouso e cestino - Sapone in dispenser - Carta igienica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pos. n°	Controllo	NA	C	NC
	- Campanello allarme			
4	Lavaggio presidi padelle - storte			
4.1	Presenza di locale / spazio apposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Tipologia lavaggio: - Manuale - Automatico con lava-padelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Presenza di procedura di gestione, pulizia e manutenzione (raccolta, trasporto, svuotamento, disinfezione, stoccaggio con distinzione sporco/pulito, non funzionamento apparecchio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Servizio Parrucchiere/manicure/pedicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1	Presenza di spazio dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Condizioni igienico sanitarie del locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Manutenzione e pulizia degli arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Presenza Kit personali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Presenza Attestati professionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Presenza procedura modalità di sterilizzazione e/o disinfezione e tenuta dei taglienti <u>non monouso</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Palestra			
6.1	Presenza spazio dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Condizioni igienico sanitarie del locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Manutenzione e pulizia degli arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Infermeria/ambulatorio			
7.1	Condizioni igienico-sanitarie del locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Manutenzione e pulizia degli arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Presenza di lavabo dotato di rubinetto a leva lunga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Presenza di un servizio igienico dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Utilizzo di strumenti taglienti da parte del personale addetto all'assistenza			
8.1	Tipologia di strumentario utilizzato:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pos. n°	Controllo	NA	C	NC
	- Individuale - Sterilizzato - Kit monouso			
8.2	Presenza di contenitore per raccolta taglienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Presenza di procedura di sterilizzazione o smaltimento strumenti taglienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Strumentario sanitario			
9.1	Tipologia di strumentario utilizzato: - Kit monouso - Non monouso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Presenza di procedura di sterilizzazione strumentario sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Gestione rifiuti sanitari speciali			
10.1	Presenza di deposito/zona temporaneo aerato e in sicurezza (non accessibile ai non addetti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Presenza ed utilizzo di contenitori idonei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	Presenza di contratto con ditta per lo smaltimento <i>raccogliere evidenze (es. formulario, bolle ecc)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4	Presenza di procedura modalità di gestione rifiuti sanitari speciali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5	Presenza di iscrizione al RENTRI nei tempi previsti dalla normativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Deposito materiale sanitario			
11.1	Presenza di un locale adibito a deposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Condizioni igienico-sanitarie del locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3	Manutenzione e pulizia degli arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4	Spazi per stoccaggio adeguati e distinti per diverse tipologie di materiale (<i>pannoloni; materiale sanitario/ausili</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5	Presenza materiali non attinenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Lavanderia interna			
12.1	Presenza di uno spazio attrezzato per il lavaggio indumenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	Condizioni igienico-sanitarie del locale/spazio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3	Corrette modalità di stoccaggio: -biancheria sporca ,compresi materassi e cuscini (<i>con particolare riguardo ai DEPOSITI</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pos. n°	Controllo	NA	C	NC
	- biancheria pulita ,compresi materassi e cuscini <i>(con particolare riguardo ai DEPOSITI)</i>			
12.4	Definizione di percorso sporco/pulito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5	Indicazioni su modalità di lavaggio: - indumenti personali (etichette nome) - biancheria piana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6	Presenza procedura lavaggio biancheria piana e indumenti personali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Presenza nella procedura di indicazioni su raccolta, manipolazione e lavaggio indumenti di soggetti infetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Lavanderia garantita con servizio esternalizzato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Evidenze contratto di appalto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.8	DEPOSITI BIANCHERIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Lavaggio attrezzature per la pulizia degli ambienti			
13.1	Presenza di uno spazio dedicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2	Attrezzatura adeguata allo scopo <i>(pilozzo, lavatrice)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3	Presenza di procedura per detersione attrezzature di pulizia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Cucina			
	Struttura soggetta a notifica ex art.6 Reg CE 852/04 SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>			
14.1	Presenza Notifica ex art.6 Reg CE 852/04 <i>(in caso di assenza segnalare SPVSA)</i> SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2	Presenza Piano di Autocontrollo HACCP, <i>da valutare nel caso la struttura sia soggetta a notifica ex art.6 Reg. CE 852/04 (in caso di assenza segnalare SPVSA)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3	Presenza cucina interna, <i>indicare presenza/assenza</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4	Presenza di ditta esterna che fornisce i pasti, <i>annotare dati ditta appaltatrice nel caso non sia verificato da altro organismo aziendale</i> Presente SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5	Se servizio mensa appaltato all'esterno: presenza di spazio per riscaldamento e porzionatura pasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6	Presenza di uno spazio mensa adeguato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.7	Condizioni igienico sanitarie dei locali e manutenzione e pulizia degli arredi e delle attrezzature <i>(valutazione generica, nel caso la struttura sia soggetta a notifica ex art.6 Reg. CE 852/04 e segnalazione a SPVSA in caso di grossolane criticità)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pos. n°	Controllo	NA	C	NC
14.8	È assicurata la possibilità di realizzare diete personalizzate <i>(in tutte le strutture di cui all'allegato A, escluse le strutture di accoglienza di persone con dipendenze, e le strutture dell'allegato B del DPGR 2/R/18)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.9	È assicurata la presenza di tabella dietetica <i>da valutare nei casi in cui non è prevista l'esposizione del menù</i> Presente SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.10	È assicurata l'esposizione dei menù <i>(in tutte le strutture di cui all'allegato A, escluse le strutture residenziali multiutenza; strutture di accoglienza di persone con dipendenze; strutture di accoglienza per minori; case accoglienza e gruppi appartamento; comunità familiari; gruppi appartamenti adolescenti/giovani, e le strutture dell'allegato B del DPGR 2/R/18)</i> Presente SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.11	È presente la validazione dei menù <i>(in tutte le strutture soggette come da punto precedente in caso di assenza segnalare a IPN)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Modalità approvvigionamento idrico Informare sulla scadenza(12/01/2029) dell'obbligo di Valutazione e gestione del rischio dei sistemi di distribuzione idrica interna, comprensiva di valutazione legionella e Piombo			
15.1	Approvvigionamento assicurato da acquedotto pubblico Presente SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> autorizzativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2	Presenza di altre fonti di approvvigionamento <i>descrivere</i> <i>Presenza di giudizio di potabilità (obbligatorio per la parte alberghiera Decreto n. 18/2023)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3	Presenza di : - serbatoio accumulo - addolcitore o altri trattamenti <i>descrivere</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4	Nel caso di trattamento, presenza di procedura di monitoraggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5	Presenza di ditta esterna per la manutenzione impianto trattamento acque <i>raccogliere evidenze (contratto appalto)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6	Presenza di procedura monitoraggio trattamento acqua <i>raccogliere evidenze (anche di sua applicazione, es.: esiti analitici campioni effettuati)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Prevenzione legionellosi			
16.1	Presenza di un protocollo (con le relative procedure) che prevede il rispetto di quanto stabilito nelle "linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2	Nomina di un responsabile per la gestione del rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3	Definizione di frequenze per il controllo periodico delle acque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pos. n°	Controllo	NA	C	NC
16.4	Attuazione delle misure di prevenzione previste, <i>evidenze campionamento e gestione esiti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Prevenzione Infestanti			
17.1	Presenza procedura per la gestione del controllo infestanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2	Presenza di ditta esterna per la gestione del controllo infestanti <i>raccogliere evidenze (contratto appalto)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Spazi esterni			
18.1	Manutenzione e pulizia degli spazi esterni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Altri locali / spazi di attività			
19.1	Descrizione dei locali/spazi di attività presenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2	Condizioni igienico-sanitarie del locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3	Manutenzione e pulizia degli arredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE: _____

N°	Controllo	C	NC
21	Gestione Malattie Infettive e ICA		
21.1	La struttura ha effettuato una valutazione sulla propria condizione attuale e sulla capacità di prevenzione e gestione in risposta ad eventuali casi di malattie infettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2	In ogni stanza di residenza è presente soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, i lavandini sono forniti di sapone liquido in dispenser e asciugamani personali/monouso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3	Le superfici ad alta frequenza di contatto (es. maniglie, corrimani, tavoli, sedie e le altre superfici a rischio) sono pulite almeno giornalmente con disinfettante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4	Presenza di evidenza della applicazione dei protocolli redatti per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie in relazione alla Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.5	Sono previsti percorsi funzionalmente distinti (sporco/pulito) finalizzati alla Prevenzione e controllo delle malattie infettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.6	Viene data evidenza delle modalità di informazione in ordine alla presenza nella struttura di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N°	Controllo	C	NC
	una caso di malattia infettiva		

**RIEPILOGO ELENCO DELLE PROCEDURE E PROTOCOLLI DA RICHIEDERNE EVENTUALMENTE L'INVIO VEDI
VERBALE CONTESTUALE**

A= ACQUISITA; R= RICHIESTA

A	R	Descrizione	Punto della check-list
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo pulizia locali	generale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo gestione padelle e storte	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo sterilizzazione disinfezione strumenti (acconciatore manicure - pedicure)	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo sterilizzazione strumenti taglienti	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo sterilizzazione strumenti (strumentario sanitario)	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo gestione rifiuti sanitari speciali	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo gestione biancheria piana e biancheria ospiti, distinzione percorsi sporco pulito	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo lavaggio attrezzatura pulizia	13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo monitoraggio trattamento acqua	15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo prevenzione legionellosi	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura/protocollo monitoraggio infestanti	17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Procedura per la sosta della salma prima del trasferimento in struttura idonea alla osservazione del cadavere	

luogo e data

operatore

firma

CHECK LIST PISLL

 Rilascio Autorizzazione Mantenimento Autorizzazione

Nome struttura	Comune	Data sopralluogo

Legenda: N/A: non applicabile R: richiesto P: presente;

PREVENZIONE INCENDI	N/A	R	P
Presenza del Documento di Valutazione del Rischio Incendio (D. Lgs. 81/2008 art. 46, co. 3) (D.M. 10/03/1998 per le attività esistenti alla data del 29/10/2022) (D.M. 03/09/2021 entrato in vigore il 29/10/2022 per le nuove attività di centro diurno autorizzate dopo il 29/10/2022) (D.M. 03/08/2015 e s.m.i. per le nuove attività fino ai 25 posti letto autorizzate dopo il 29/10/2022) (D.M. 09/04/1994 e s.m.i. per le strutture sociali a carattere residenziale escluso le residenze per anziani) (D.M.18/09/2002 e s.m.i. per le residenze per anziani sopra i 25 posti letto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Se attività soggetta a controllo dei V.V.F.: CPI/SCIA antincendio ai sensi DPR 151/11 e/o rinnovo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Piano di gestione delle Emergenze - (D.Lgs. 81/2008) - (D.M. 02/09/2021 entrato in vigore il 03/10/2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Documento comprovante l'avvenuta verifica del Piano di Emergenza - (D.Lgs. 81/2008) - (D.M. 02/09/2021 entrato in vigore il 03/10/2022)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Nomina e formazione degli addetti alla gestione delle emergenze, lotta antincendio e primo soccorso - (D. Lgs. 81/2008 - DM 2/09/2021 – DM 388/2003)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Attestati di idoneità tecnica per i lavoratori incaricati al servizio antincendio , nei luoghi di lavoro indicati nell'allegato III del D.M. 02/09/2021	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Controlli a campione di: presidi antincendio; presenza effettiva di vie di uscita sgombre; segnaletica di emergenza e procedure; procedura per evacuazione disabili, presenza delle attrezzature e degli impianti antincendio con evidenza dei controlli e delle manutenzioni periodiche e del registro, ove presente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
LOCALI DI LAVORO E SERVIZI	N/A	R	P
Conformità dei requisiti igienico sanitari dei locali della struttura in rapporto alla destinazione d'uso (All. IV del D.Lgs. 81/08, indirizzi tecnici di igiene edilizia della Regione Toscana, regolamenti edilizi comunali) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Spogliatoi: divisi per sesso (> 5 lavoratori) con armadietti a doppio scomparto, riscaldati, con docce e dotati di aerazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Servizi igienici divisi per sesso (> 10 lavoratori) riscaldati e dotati di aerazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			

1 Da verificare esclusivamente in fase di autorizzazione/SCIA, o in relazione a modifiche sopravvenute

SICUREZZA IMPIANTI	N/A	R	P
<u>Impianti elettrici e protezione scariche atmosferiche</u>			
Verifiche periodiche degli impianti di messa a terra; denuncia, se non trascorso il tempo previsto per la verifica periodica (DPR 462/2001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Analisi del rischio scariche atmosferiche e verifiche periodiche dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche, se necessarie in relazione alla valutazione del rischio (DPR 462/2001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Evidenza delle manutenzioni sul gruppo elettrogeno, ove presente (registrazione delle prove periodiche di accensione dell'impianto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Dichiarazione di Conformità (DICO), rilasciata dall'installatore (Legge 46/1990 – DM 37/2008) o Dichiarazione di Rispondenza (DIRI) (DM 37/2008).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
<u>Impianti gas</u>			
Dichiarazione di Conformità (DICO), rilasciata dall'installatore (Legge 46/1990 – DM 37/2008) o Dichiarazione di Rispondenza (DIRI) (DM 37/2008).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
<u>Ascensori e montacarichi</u>			
Verifiche periodiche biennali ascensori e montacarichi, eventualmente presenti (DPR 162/1999) O Dichiarazione di conformità di installazione nel caso di ascensori con meno di 2 anni dall'installazione²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
<u>Centrale termica</u>			
Dichiarazione di conformità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Omologazione INAIL o ISPESL nei casi previsti - Potenza > 35 KW (D.M. 01/12/1975)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Verifiche periodiche nei casi previsti – Verifica quinquennale con potenza > 116 KW (D.M. 01/12/1975)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Evidenza delle manutenzione e dei controlli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
SICUREZZA IMPIANTI			
<u>Impianti condizionamento/climatizzazione</u>			
Documentazione relativa alla manutenzione di impianti di condizionamento/climatizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			

SICUREZZA E IGIENE DEL LAVORO	N/A	R	P
Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) ex art. 28 D. Lgs. 81/2008 di tutte le imprese dei lavoratori identificati al sopralluogo - Da verificare firma del Datore di Lavoro, del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), del Medico Competente e del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) – Organigramma aziendale della Sicurezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Individuazione dei soggetti aziendali della Sicurezza e relative nomine per tutte le imprese che impiegano i lavoratori identificati al sopralluogo – Datore di Lavoro – RSP – RLS – Medico Competente ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Giudizi di idoneità alla mansione specifica dei lavoratori in turno al momento del sopralluogo, ove sottoposti a sorveglianza sanitaria (art.41, D.Lgs.81/08)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Attestazione dell'avvenuta informazione e/o formazione dei lavoratori ex art.37, D.Lgs.81/08, in turno al momento del sopralluogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			
Nel caso di presenza di ditte in appalto, verificare Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (DUVRI) per tutte le imprese che impiegano i lavoratori identificati al sopralluogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note			

COMPILATO DA

FIRMA

Il presente documento può essere utilizzato, a seguito di valutazione e decisioni interne alle singole Aziende USL della Regione Toscana, dalle Commissioni Multidisciplinari sulle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano interventi e servizi di integrazione sociosanitaria ex L.R. 41/2005.

Definizioni esito ispezione: SI: Conforme - si: Conforme da migliorare – nc: Non conformità minore – NC: Non conformità maggiore											
Verificato		1 Registrazione ex art. 6 Reg. Ce 852/04							Valutazione		
Si	No	Evidenze							Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registrazione ex art. 6 Reg. CE 852/04.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
Verificato		2 Condizioni strutturali (strutture, locali) e attrezzature – All. II Reg. CE 852/04							Valutazione		
Si	No	Evidenze							Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pavimenti, pareti, soffitti, finestre, porte, superfici, sono mantenuti in buone condizioni, essere facili da pulire e, se necessario, da disinfettare, impedire l'accumulo di sporcizia. Le finestre e le altre aperture che possono essere aperte verso l'esterno devono essere, se necessario, munite di barriere antinsetti.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono previste adeguate attrezzature per le operazioni di lavaggio degli alimenti, che dispongono di un'adeguata erogazione di acqua potabile calda e/o fredda conformemente ai requisiti del capitolo VII, mantenute pulite e, ove necessario, disinfettate.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' disponibile un sufficiente numero di gabinetti, collegati ad un buon sistema di scarico. I gabinetti non danno direttamente sui locali di manipolazione degli alimenti e dispongono di un buon sistema di aerazione, naturale o meccanico.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono previste installazioni adeguate adibite a spogliatoio per il personale.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il materiale, l'apparecchiatura e le attrezzature che vengono a contatto degli alimenti sono efficacemente puliti e, se necessario, disinfettati; sono costruiti in materiale tale da rendere minimi, se mantenuti in buono stato e sottoposti a regolare manutenzione, i rischi di contaminazione e sono installati in modo da consentire un'adeguata pulizia delle apparecchiature e dell'area circostante.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
Verificato		3 Approvvigionamento idrico - Capitolo VII All. II Reg. CE 852/04 – D.Lgs 18/2023							Valutazione		
Si	No	Evidenze							Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il rifornimento di acqua è sufficiente. L'acqua potabile è usata per garantire che i prodotti alimentari non siano contaminati.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La struttura è allacciata al pubblico acquedotto.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' in essere rifornimento idrico da pozzo privato. E' prevista un'analisi del rischio secondo quanto previsto dal D.Lgs. 18/2003 (tempistiche e analisi allegato I parte A e B).							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' presente specifica procedura per la somministrazione di acqua proveniente da impianti di trattamento delle acque destinate al consumo umano (D.Lgs 18/2023).							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
Verificato		4 Lotta infestanti Capitolo I p.to 2 lett. c, Capitolo VI, Capitolo IX All. II Reg. CE 852/04							Valutazione		
Si	No	Evidenze							Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lo schema, la progettazione, la costruzione, l'ubicazione e le dimensioni delle strutture destinate agli alimenti consentono una corretta prassi d'igiene alimentare, compresa la protezione contro la contaminazione e, in particolare, la lotta contro gli animali infestanti.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono predisposte procedure adeguate per controllare gli animali infestanti e per impedire agli animali domestici di accedere ai luoghi dove gli alimenti sono preparati, trattati o conservati.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
Verificato		5 Igiene del personale (compresa formazione) e delle lavorazioni Capitolo VII e Capitolo XII All. II Reg. CE 852/04 DGRT n. 540/2024 – DGRT n. 1128/2020							Valutazione		
Si	No	Evidenze							Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gli addetti che lavorano in locali per il trattamento di alimenti hanno uno standard elevato di pulizia personale e indossano indumenti adeguati, puliti e, ove necessario, protettivi.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposta una specifica procedura relativa al controllo igienico sanitario del personale, comprese istruzioni riguardo il comportamento igienico e l'abbigliamento da tenere durante le fasi di lavorazione.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposta una specifica procedura relativa alla gestione degli operatori alimentari affetti da malattia o portatore di malattia							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		trasmissibile attraverso gli alimenti comprese le modalità di riammissione al lavoro del personale dopo malattie infettive, compresa l'esclusione dalla lavorazione di chiunque sia affetto da malattie trasmissibili con gli alimenti.					
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono presenti gli attestati di formazione degli addetti specifici alla tipologia di attività svolta, in corso di validità (DGRT n. 540/2024).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gli addetti hanno effettuato formazione specifica in materia di preparazione e somministrazione alimenti senza glutine (DGRT n. 1128/2020).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposto specifico addestramento in materia di allergeni rivolta al personale (Reg. CE 1169/11 smi).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Annotazioni:							
Verificato			6 Condizioni di pulizia e sanificazione - Allegato II Reg. CE 852/04		Valutazione		
Si	No	Evidenze			Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le strutture destinate agli alimenti sono tenute pulite, sottoposte a manutenzione e tenute in buone condizioni.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono presenti adeguate attrezzature per la pulizia, la disinfezione in materiale resistente alla corrosione e facili da pulire e un deposito degli strumenti di lavoro.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' disponibile, allo scopo, un'adeguata erogazione di acqua calda e fredda.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposta una specifica procedura di pulizia e disinfezione dei locali e delle attrezzature che descrive le modalità e frequenze di intervento specifiche per tipologia di locale e attrezzatura.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
Verificato			7 Materie prime, semilavorati e prodotti finiti – Capitolo IX All. II Reg. CE 852/04		Valutazione		
Si	No	Evidenze			Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposta una procedura di "Qualifica fornitori" con l'indicazione dei criteri di valutazione dei fornitori e delle merci fornite, i limiti di accettabilità, le azioni correttive adottate in casi di non conformità.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposta una procedura di "Controllo delle materie prime" con l'indicazione che prevede le verifiche da eseguire, i criteri di accettabilità, la frequenza dei controlli, le azioni correttive adottate in caso di non conformità.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le materie prime e tutti gli ingredienti immagazzinati sono opportunamente conservati in modo da evitare un deterioramento nocivo e la contaminazione, in particolare quelli che devono essere conservati a temperatura controllata.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In tutte le fasi di produzione, trasformazione e distribuzione gli alimenti sono protetti da qualsiasi forma di contaminazione atta a renderli inadatti al consumo umano, nocivi per la salute o contaminati in modo tale da non poter essere ragionevolmente consumati in tali condizioni.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
Verificato			8 Etichettatura		Valutazione		
Si	No	Evidenze			Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gli alimenti stoccati in magazzino e cucina sono correttamente etichettati (Reg. CE 1169/2011 smi)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
Verificato			9 Rintracciabilità, ritiro/riciamo - Reg. CE 178/2002 smi		Valutazione		
Si	No	Evidenze			Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposta una procedura documentata ai fini della rintracciabilità dei prodotti alimentari.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
Verificato			10 HACCP		Valutazione		
Si	No	Evidenze			Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' presente un sistema di autocontrollo, che considera: <ul style="list-style-type: none"> • i prerequisiti (GHP, GMP; PRP, ecc.); • le procedure basate sui principi del sistema HACCP (identificazione dei pericoli, identificazione dei punti critici di controllo, stabiliti i limiti critici che differenziano l'accettabilità e l'inaccettabilità, stabilire ed applicare procedure di monitoraggio efficaci nei punti critici di controllo, stabilite le azioni correttive al superamento del limite critico, stabilite le procedure per verificare l'effettivo funzionamento delle misure applicate, predisporre documenti e registrazioni al fine di dimostrare l'effettiva applicazione delle azioni di cui sopra). 			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sono state predisposte specifiche procedure per la gestione delle diete speciali, gestione allergeni.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:							
Verificato			11 Criteri microbiologici e Reg. CE 2073/2005		Valutazione		
Si	No	Evidenze			Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esiste un piano di campionamento microbiologico degli alimenti prodotti, delle superfici, con indicazione della frequenza e tipologia di campionamento.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annotazioni:									
Verificato		12 Gestione scarti, rifiuti					Valutazione		
Si	No	Evidenze					Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I rifiuti alimentari, i sottoprodotti non commestibili e gli altri scarti devono essere depositati in contenitori chiudibili. I contenitori sono costruiti in modo adeguato, mantenuti in buone condizioni igieniche, facilmente pulibili e, se necessario, disinfettabili.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
Verificato		13 Sistema di stoccaggio e trasporto					Valutazione		
Si	No	Evidenze					Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I vani di carico dei veicoli e/o i contenitori utilizzati per il trasporto di prodotti alimentari sono mantenuti puliti nonché sottoposti a manutenzione.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I vani di carico dei veicoli e/o i contenitori utilizzati per trasportare i prodotti alimentari sono atti a mantenere questi ultimi in condizioni adeguate di temperatura e consentire che la temperatura possa essere controllata.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E' predisposta procedura per la verifica della temperatura dei pasti veicolati basata sui principi del sistema HACCP, compresa la modalità di verifica periodica della funzionalità e taratura degli strumenti di misurazione.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
Verificato		14 L. 55/2005 SALE IODATO					Valutazione		
Si	No	Evidenze					Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disponibilità di sale iodato per la preparazione/condimento dei pasti.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
Verificato		15 Altro					Valutazione		
Si	No	Evidenze					Si	No	NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annotazioni:									

CHECK LIST DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA - CONTROLLO UFFICIALE art. 13 Reg. UE 625/2017			N°
Ambito- Ispezione	Note	Descrizione delle non conformità e relativi provvedimenti	Tempi adeguamento (entro la data del...)

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DELLA DITTA

A seguito di quanto accertato – rilevato, si procede con i seguenti provvedimenti

NESSUNO

IMPOSIZIONI [Art. 138 Regolamento (UE) 2017/625]:

INDICAZIONI DI MIGLIORAMENTO [art. 13 par. 1 Reg. 625/17]

PRESCRIZIONE (ai sensi dell'art. 138 del Reg. UE 625/2017 - D.Lgs 193/07 art. 6 c. 7 - D.Lgs 142/09 art. 5 c. 6)

RINVIATA LA VALUTAZIONE ALLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA
[con apposito separato provvedimento]:

Altri PROVVEDIMENTI (ai sensi dell'art 138 Regolamento (UE) 2017/625):

con effetto immediato per motivi di urgenza:

con effetto dalla notifica di atto successivo

ALTRO: L'operatore del settore alimentare (OSA) o del settore dei mangimi (OSM), per provvedimenti di chiusura temporanea o sospensione dell'attività per gravi carenze igieniche, emessi ai sensi dell'art. 138, punto 2, del Reg. (UE) n. 2017/625, dovrà dare comunicazione di avvenuta rimozione delle non conformità che hanno determinato il provvedimento inviando mail all'indirizzo _____

CONTESTAZIONE DI VIOLAZIONI AMMINISTRATIVE, nelle modalità e per le fattispecie sono/saranno descritte nello specifico Verbale di accertamento e contestazione in riferimento a _____

CONTESTAZIONE ILLECITI [con apposito separato provvedimento] _____

Destinatario dei provvedimenti:

Titolare / legale rappresentante C.F. _____ Identificato con _____

Operatore diverso da Titolare / legale rappresentante (definito all'articolo 3, comma 29 del Reg UE 625/2017)

nato/a a _____

il _____

residente a _____

in _____

Identificato con _____

estremi della delega _____

SI AVVERTE

Qualora l'Operatore del settore alimentare (OSA) non provveda all'adeguamento delle prescrizioni impartite nei tempi previsti, sarà elevata sanzione amministrativa di cui al D.lgs. 193/07 art. 6 c. 7. Qualora l'Operatore del settore dei mangimi (OSM) non provveda all'adeguamento delle prescrizioni impartite nei tempi previsti, sarà elevata sanzione amministrativa di cui al D.lgs. 142/09 art. 5 c. 6

L'Operatore può far pervenire entro il termine prescritto per la risoluzione delle non conformità/inadeguatezze alla Autorità Competente in istestazione, comunicazione e/o quant'altro nel merito ritenuto opportuno, circa la risoluzione delle criticità, compresa la richiesta, motivata, di un eventuale proroga dei tempi di risoluzione, nonché prendere visione degli atti relativi al procedimento in oggetto.

Si ricorda che ai sensi dell'articolo 7 del Reg. UE 625/2017, l'Operatore può presentare ricorso contro le decisioni adottate dall'Autorità Competente; il ricorso deve essere presentato al T.A.R. della Toscana entro 60 giorni dalla sua notifica (L. 1034/71) oppure può essere presentato ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla notifica (D.P.R. 1199/71)

Qualora ricorrano le condizioni dell'articolo 9 del D.Lvo 2 febbraio 2021, n. 32 il costo delle attività di controllo è a totale carico dell'OSA a norma dell'articolo 79 del Reg. UE 625/2017. L'importo da pagare, ai sensi dell'articolo 10 e dell'allegato 3 sezione 1 del D.Lgs 2 febbraio 2021 è di € 80/ora moltiplicata per le ore o frazioni di ore impiegate da ciascun addetto per l'esecuzione del controllo ufficiale (frazione minima 1 minuto). Il pagamento dovrà avvenire nei modi e nei tempi indicati tramite il sistema di pagamento verso le Pubbliche Amministrazioni PagoPA

DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSE I sottoscritti Operatori del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL Toscana _____ dichiarano, ai sensi della normativa vigente, di non trovarsi in alcuna delle situazioni di conflitto di interessi che potrebbe compromettere, direttamente o indirettamente, l'imparzialità della condotta professionale nell'adempimento dei compiti riguardanti la presente attività di controllo ufficiale. Altresì dichiarano espressamente di non trovarsi nelle ipotesi di conflitto di interesse previste dagli articoli 7 ed 8 del Codice di Comportamento aziendale.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 i dati comuni relativi ai soggetti indicati nel presente documento sono oggetto di trattamento finalizzato all'esercizio delle funzioni istituzionali di controllo ufficiale proprie della Struttura Organizzativa in istestazione secondo il Reg. UE 625/2017. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL Toscana _____ - PEC: _____ - Il Responsabile Aziendale della protezione dei dati (R.P.D.), nominato a garanzia della protezione dei Suoi dati ed a supporto della corretta azione aziendale, può essere contattato attraverso la seguente e-mail: _____.

Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti cartacei e informatici e gli stessi verranno archiviati in locali protetti e/o inseriti nell'archivio del Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva (SISPC) e degli altri sistemi informativi in uso (es Vetinfo) - Tutti gli Operatori che raccolgono e trattano i dati sono stati formalmente autorizzati dai Responsabili interni, sono obbligati al rispetto del segreto d'ufficio e sono stati istruiti in materia di privacy al fine di acquisire piena consapevolezza della riservatezza a cui sono tenuti. I dati non saranno profilati, categorizzati né comunicati all'estero. - Per esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente e/o per individuare i casi in cui è possibile presentare reclamo al Garante per la privacy si rimanda alle informazioni generali Aziendali disponibili al seguente indirizzo web

https://_____toscana.it/privacy/2-non-categorizzato/1986-informativa-generale

Osservazioni dell'operatore

Osservazioni incaricati CU

Copia della presente CHECK LIST: è consegnata alla persona

_____ che, firmando in calce, si impegna nei tempi più brevi a trasmetterli all'OSA / Titolare/Legale Rappresentante sarà trasmessa d'ufficio con altro mezzo tracciabile.

Letto confermato e sottoscritto. Chiuso alle ore _____

Per L'impresa
(timbro e firma)

Incaricati del Controllo Ufficiale

AREA SOCIALE

Rilascio Autorizzazione Mantenimento Autorizzazione

Nome struttura	Comune	Data sopralluogo

AREA CURA, COMFORT E PARTECIPAZIONE

ELEMENTI DA SOTTOPORRE A VERIFICA	SI	NO	NP	Note
Gli ambienti si presentano puliti e accoglienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gli ambienti di vita si presentano curati e personalizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gli ospiti si presentano curati nell'aspetto e nell'abbigliamento (personalizzato e adeguato alla stagione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I familiari possono frequentare liberamente la struttura (per minori: salvo limitazioni stabilite dall'AG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono stati effettuati colloqui diretti con familiari durante il sopralluogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esiste un organismo di rappresentanza delle persone accolte, delle loro famiglie e dei loro tutori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono presenti accordi/convenzioni per attività con associazioni (volontariato, attività extrascolastiche o sportive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AREA ORGANIZZATIVA E PROFESSIONALE

ELEMENTI DA SOTTOPORRE A VERIFICA	SI	NO	NP	Note
La CdS è redatta secondo quanto previsto dall'art. 9 LRT 41/05, è aggiornata (almeno ogni 2 anni) ed è esposta in modo da consentirne la visione da parte degli utenti/familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il Regolamento interno è redatto secondo quanto previsto dalla DPGRT 2/R del 09.01.2018 e s.m.i. aggiornato ed esposto in modo da consentirne la visione da parte degli utenti/familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La giornata tipo è presente e facilmente consultabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il programma delle attività di animazione/attività educativa è aggiornato ed esposto in modo da consentirne la visione da parte degli utenti/familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ELEMENTI DA SOTTOPORRE A VERIFICA	SI	NO	NP	Note
Al momento del sopralluogo le attività di animazione/socializzazione sono svolte come da piano e gli ospiti partecipano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'organizzazione dell'attività di animazione tiene conto delle esigenze e dei ritmi di vita degli ospiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esiste un quaderno giornaliero delle consegne e delle informazioni tra gli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presenti attestati professionali personale (educatori, animatori, direttore/coordinatore) verificati a campione in collaborazione con il Vice Presidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CARTELLE PERSONALI DEGLI OSPITI

CARTELLE VISIONATE A CAMPIONE	SI	NO	NP	Note
È presente cartella personale per gli ospiti (rilevare la tipologia di cartella personale prevalentemente utilizzata, se cartacea o informatizzata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le cartelle sono complete di: <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici • documentazione relativa alla salute dell'ospite (L. 104, I.C., ecc.); • referenti dell'ospite (AdS, Tutore, ecc.) e relativo coinvolgimento • per i minori: provvedimenti dell'AG, relazioni sociali, servizi specialistici. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È presente il piano di assistenza individuale (PAI/PEI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il PAI/PEI risulta aggiornato almeno ogni 6 mesi (controllare a campione almeno il 10% di PAI/PEI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il PAI/PEI è firmato dagli operatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il PAI/PEI è condiviso e firmato con ospiti/familiari/ADS/tutore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nel caso di presa in carico dell'utente da parte dei servizi territoriali, il progetto personalizzato è redatto sulla base di quello definito dai servizi territoriali (PAP/PdV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il PAI/PEI contiene gli obiettivi abilitativi/riabilitativi, educativi e di socializzazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nome struttura	Indirizzo	Data sopralluogo

CONTROLLO		AUT	VIG	SI	NO
1.	CARATTERISTICHE AMBIENTALI E DI ACCESSIBILITÀ				
1.1	Certificato di agibilità o copia della attestazione di agibilità presentata al Comune. <small>EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI</small>	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	In assenza di quanto sopra, relazione a firma di tecnico abilitato contenente dichiarazione di rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza. <small>EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI</small>	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Dichiarazione di possesso dei requisiti previsti dal regolamento DPGR 2/R/2018, compresi i requisiti minimi strutturali di cui all'allegato A dello stesso DPGR, contenuta nel modello di domanda di autorizzazione. <small>EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI</small>	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Conformità delle planimetrie trasmesse da SUAP competente (quotate, con superfici dei locali, destinazioni d'uso, layout arredi ed attrezzature, numero dei posti letto per camera, datate e firmate da tecnico abilitato e responsabile della struttura) con gli spazi/locali richiesti come requisiti minimi strutturali, di cui all'allegato A del DPGR 2/R/2018, e con lo stato verificato durante il sopralluogo. <small>EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI</small>	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Conformità delle planimetrie autorizzate con lo stato verificato durante il sopralluogo (ivi compresa l'eventuale documentazione catastale). <small>EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI</small>		X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	PROTEZIONE ANTISISMICA				
2.1	Edifici strategici o rilevanti (rif. All. A - Regolamento 1/R/2022 allegato alla presente check list) e progettati secondo norme sismiche fino al 1984 - o anche posteriori se il Comune di ubicazione è stato sismicamente classificato o riclassificato in senso sfavorevole in epoca successiva a quella di realizzazione della struttura ⁽¹⁾ : Verifiche di Vulnerabilità dette anche Verifiche di Sicurezza (rif. art. 2 - OPCM 3274/2003), da depositarsi presso l'ente competente per territorio (rif. L.R. 4/2012 e s.m.i.) <small>EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI</small> <small>AUTORIZZAZIONE- Controllare che la verifica di vulnerabilità sia stata depositata presso l'ente competente e contenga le verifiche sia per azioni statiche che sismiche, oltre all'esito con indicazione degli eventuali interventi previsti.</small> <small>Nel caso di inadeguatezza dell'opera nei confronti delle azioni sismiche, prendere atto della programmazione degli interventi necessari per miglioramento/adeguamento.</small> <small>Nel caso di inadeguatezza dell'opera nei confronti delle azioni statiche, è necessario che il proprietario/gestore proceda immediatamente con interventi di miglioramento/adeguamento e/o provvedimenti restrittivi dell'uso della stessa.</small>	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 si veda l'allegato "Storia della classificazione sismica dei comuni della regione toscana dal 1927 a oggi - DGRT 421/2014 ".

CONTROLLO		AUT	VIG	SI	NO
VIGILANZA – Controllare l'esecuzione degli eventuali interventi programmati per miglioramento/adequamento della struttura. Nel caso di evidenti fenomeni di degrado, richiedere l'esecuzione di nuove verifiche da parte di tecnico abilitato.					
2.2	Edifici strategici o rilevanti (rif. All. A - Regolamento 1/R/2022 allegato alla presente check list) realizzati o adeguati sismicamente dopo il 1984 e ubicati in Comuni la cui classificazione sismica non ha successivamente subito variazioni in senso sfavorevole ⁽¹⁾ : Collaudo statico e certificato di conformità alla normativa sismica a firma di tecnico abilitato⁽²⁾	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI AUTORIZZAZIONE- Controllare la presenza di collaudo statico e certificato di conformità alla normativa sismica; nel caso non siano presenti, è necessario l'accertamento di conformità in sanatoria secondo l'art. 182 della L.R. 65/2014. VIGILANZA - Nel caso di evidenti fenomeni di degrado, richiedere l'esecuzione di nuove verifiche da parte di tecnico abilitato.					
3. ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE					
3.1	Dichiarazione sul rispetto della normativa in materia di eliminazione delle barriere architettoniche a firma di tecnico abilitato salvo che non sia esplicitamente contemplata all'interno del certificato/attestazione di agibilità.	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI					
3.2	Spazi esterni/accessibilità dell'edificio: presenza di almeno un percorso piano o con rampe di raccordo con pendenza non superiore all'8% (in caso di adeguamento è ammessa una pendenza massima fino al 12%).	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI					
3.3	Porte: luce netta delle porte di accesso di almeno 80 cm, delle porte interne di almeno 75 cm, almeno 120 cm nel caso siano anche uscite di sicurezza. Gli spazi antistanti e retrostanti le porte devono essere dimensionati nel rispetto dei minimi previsti da normativa.	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI					
3.4	Servizi igienici per disabili: sono rispettati i requisiti minimi dimensionali previsti dalla normativa vigente in materia.	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI					

2 il collaudo, a firma di tecnico abilitato, è stato introdotto dalla L. 1086/1971 per gli edifici in cemento armato o acciaio, e dal D.M. LL.PP. 20/11/1987 per gli edifici in muratura; il certificato di conformità sismica (per edifici e interventi realizzati dopo la classificazione sismica del Comune) è stato introdotto dalla L. 64/74 (rilasciato dal Genio Civile nel periodo 1982-2006 - ma limitatamente ai progetti sottoposti a controllo - e successivamente compreso nel collaudo).

CONTROLLO		AUT	VIG	SI	NO
3.5	Impianto ascensore: in edifici nuovi cabina di dimensioni minime 140 x 110 cm, porta con luce di 80 cm sul lato corto, piattaforma di distribuzione antistante la porta di accesso 150 x 150 cm; in edifici esistenti cabina di dimensioni 120 x 80, porta con luce di 80 cm sul lato corto, piattaforma di distribuzione antistante la porta di accesso 140 x 140. EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Piattaforme/servo scala per superare differenze di quota contenute (ammesse per altezze non superiori a 4 m). EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI	X		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Corridoi: è verificata la dimensione degli spazi destinati al transito delle persone, in base alla fruibilità ed alla destinazione della struttura. EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Sistema di chiamata per ogni servizio igienico e, laddove richiesto, per ogni posto letto. EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI Prova di funzionamento a campione	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Segnaletica di facile lettura e comprensione. EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI	X	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	VERIFICA CONDIZIONI MANUTENTIVE DEI LOCALI				
4.1	I locali presentano condizioni manutentive adeguate in relazione alla tipologia di struttura. EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI	X	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	PROTEZIONE ACUSTICA				
5.1	Ove necessario, relazione acustica a firma di tecnico abilitato, dalla quale si evinca il rispetto dei limiti ammessi. EVIDENZA DEL CONTROLLO / RILEVAZIONI / COMMENTI	X	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOME COGNOME OPERATORE

FIRMA