



**CHECK LIST PER LA VIGILANZA NELLE CASE FAMIGLIA  
E APPARTAMENTI CON MASSIMO 6 POSTI LETTO PER DISABILI E ANZIANI**

Data \_\_\_\_\_ Ora inizio ispezione \_\_\_\_\_

Personale che effettua il controllo \_\_\_\_\_

**Denominazione** \_\_\_\_\_

Tipologia della struttura \_\_\_\_\_

Tipologia ospiti \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Soggetto Gestore \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**VERIFICA DOCUMENTAZIONE**

Comunicazione Inizio Attività presentata il \_\_\_\_\_ Contiene:

- denominazione e indirizzo esatto della sede in cui si svolge l'attività \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_
- n. posti \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_
- numero e qualifiche del personale che vi opera \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_
- modalità di accoglienza dell'utenza \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_
- retta richiesta \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_
- Planimetria con superficie, destinazione d'uso dei locali e layout \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_

Conformità dell'impianto elettrico/di.ri. per impianti precedenti il 1990 \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_

Conformità dell'impianto termico/di.ri. per impianti precedenti il 1990 \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_

Verifiche periodiche dell'impianto termico \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_

Verifiche periodiche ascensori (interni) e/o schede tecniche dell'elevatore e/o servoscala \_\_\_\_\_ si  no  \_\_\_\_\_

## VERIFICA LOCALI ABITATIVI

- Locali visionati corrispondenti a planimetria \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Ambienti in buone condizioni di pulizia e senza cattivi odori \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Locali e arredi in buono stato di manutenzione \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Spazi comuni (zone soggiorno, pranzo, etc.) fruibili e confortevoli \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Presenza di una cucina \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_ Condizioni igieniche \_\_\_\_\_
- Gli alimenti sono conservati in modo corretto \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Gli alimenti sono protetti da qualsiasi forma di contaminazione \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Camere da letto e servizi igienici adeguatamente arredati, attrezzati e illuminati \_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Campanelli/dispositivi di chiamata (nei servizi igienici) funzionanti e facilmente raggiungibili \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Vie di esodo libere da ingombri \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Altezza di parapetti e/o ringhiere di protezione adeguata \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Finestre/infissi/vetri adeguati \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Ambienti con presenza di fiamme libere con aerazione continua \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

## OSPITI E ASSISTENZA

- Regolamento interno / Carta dei servizi \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Nella Carta dei servizi sono indicate le modalità di accesso e di dimissione dell'ospite \_ si [] no [] \_\_\_\_\_
  - Nella Carta dei servizi sono esplicitate la retta, le attività giornaliere \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
  - Nella carta dei servizi sono esplicitate le modalità di trasferimento presso altra struttura in caso di variazione del bisogno assistenziale o perdita di autosufficienza \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- Registro degli ospiti con pagine numerate e annotazione delle presenze \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_
- N. ospiti presenti \_\_\_\_\_
- È previsto personale di assistenza \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Se si, n. personale di assistenza \_\_\_\_\_  
Eventuali titoli / qualifiche del personale \_\_\_\_\_

Sono previsti turni del personale \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Se si, quali \_\_\_\_\_

È indicato chi prepara i farmaci o aiuta nella somministrazione \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

I farmaci sono adeguatamente conservati \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Presenza o meno del Progetto Individuale \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Eventuali contenuti e da chi è stato predisposto \_\_\_\_\_

Sono presenti ospiti non appropriati \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Se si, è stato programmato il trasferimento \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

• Evidenze \_\_\_\_\_

Se si, il personale è stato adeguato alle necessità dell'ospite \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

È presente un menù \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Sono presenti ospiti che necessitano di diete speciali \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Le diete speciali da chi vengono elaborate \_\_\_\_\_

*RILIEVO PRESENZA DI:*

Impianto di condizionamento/ventilazione/raffrescamento \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Sostegni e maniglioni nei servizi igienici \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Luci di emergenza \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

Zona esterna fruibile, verde ed attrezzata sottoposta a trattamenti di prevenzione della proliferazione di zanzare \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

La struttura corrisponde a quanto dichiarato nella Comunicazione di avvio delle attività prevista dal paragrafo 9.1 della DGR 564/2000 \_\_\_\_\_ si [] no [] \_\_\_\_\_

---

*ESITO ISPEZIONE:* \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Ora fine ispezione \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

---

---