

1. REQUISITI STRUTTURALI – SICUREZZA – MANUTENZIONE

- 1.1 **Funzioni ed usi dei locali conformi a quanto autorizzato?** contr. a campione contr. completo si no
VEDERE LE TAVOLE ALLEGATE AL PARERE AUSL/AUTORIZZAZIONE
- 1.11 **Locali-percorsi-arredi permettono l'uso degli ausili** PER LA MOBILITÀ DEI NON AUTOSUFF.? contr. a campione si no
- 1.12 **AREA CORTILIVA fruibile in sicurezza?** n.a. si no
AREA VERDE, PERCORSI DI ACCESSO, PERCORSI DI DEAMBULAZIONE, PREVENZIONE FUGA OSPITI, ECC.
- 1.13 **Zone NON destinate agli ospiti/famigliari sono per loro INACCESSIBILI?** si SONO IMPEDITI GLI ACCESSI NON AUTORIZZATI no
AD ES. UFFICI, VANI TECNICI, PIANI SERVITI DA ASCENSORI, SPOGLIATOI ACCESSIBILI UTILIZZANDO CHIAVI O DISPOSITIVI DI CONTROLLO ACCESSI
- 1.2 **Valutazione D.Lgs. 81/2008?** si → data ultima stesura _____ no
- 1.3 **Prevenzione Incendi Attività soggetta a controllo VVF?** NO A SCIA B ESAME PROG. VVF C RILASCIO DI CPI: scad. _____
(RIFERIMENTO AL PUNTO 68 ALL. 1 DPR 1/8/2011 N° 151) N° LETTI 0-25 26-50 51-100 >100
- 1.4 **Presenza del Piano di Emergenza Interno (PEI)** si → data di redazione _____ no
PER PIANO DI EMERGENZA SI INTENDE QUELLO EX D.LGS 81/2008 E SMI
- 1.41 **ACCESSIBILE AI LAVORATORI, ANCHE DI NOTTE?** si no
- 1.5 **Vie ed Uscite di Emergenza** perfettamente sgombre da materiali/ostacoli ed apribili? si no
- 1.6 **Chiuse per esigenze assistenziali?** si (anche solo alcune) no
1.61 ESISTE UNA PROCEDURA/GESTIONE PER LA RAPIDA APERTURA IN EMERGENZA? si no
- 1.7 **Estintori / Nасpi / Idranti – Effettuato controllo semestrale?** V. CARTELLINO SUL PRESIDIO ANTINCENDIO si no
1.71 SE NO CONTRATTO DI VERIFICA SEMESTRALE IN CORSO DI VALIDITÀ? si no
- 1.8 **Estintori / Nасpi / Idranti visibili e fruibili?** si no
- 1.9 **Segnaletica di Emergenza - presente e ben visibile?** si no
- 1.10 **Porte REI mantenute chiuse?** n.a. contr. a campione contr. tutte si no
OVVERO SONO TENUTE APERTE CON ELETTROCALAMITE – RISPONDERE NO SE CI SONO SISTEMI DI TRATTENUTA COME ZEPPE, CORDINI, ALTRI INGOMBRI CHE IN CASO DI INCENDIO NON PERMETTONO LA COMPARTIMENTAZIONE
- 1.101 **Le Porte REI controllate chiudono perfettamente?** n.a. si no
PER GARANTIRE L'ISOLAMENTO DAI PRODOTTI DELLA COMBUSTIONE DEVONO ESSERE SEMPRE CHIUSE O CHIUDERSI IN AUTOMATICO – QUANDO CHIUSE DEVONO POTERSI APRIRE SOLO CON L'USO DELLA MANIGLIA/MANIGLIONE
- 1.102 **Luci di Emergenza funzionanti?** contr. a campione contr. tutte si no
1.121 COMP. P. 2.5
- 1.103 **Operatori complessivi previsti nel turno notturno alla data dell'ispezione:** 1 2 3 4 5

OPERATORE IN TURNO NOTTURNO RIFERIRSI AL TURNO DI NOTTE DELLA DATA IN CUI SI FA L'ISPEZIONE		PREVENZIONE INCENDI		PRONTO SOCCORSO	
Nome Cognome	Qualifica	Data Nomina	Data id. tecnica - ultimo agg.	Data Nomina	anno formaz./agg.

- 1.104 **Prova di Evacuazione** → data ultima effettuazione _____ no
OBBLIGATORIA ALMENO ANNUALE ALL.1 AL DM 02/09/2021 si → SE EFFETTUATA, ESISTE UNA RELAZIONE DI EVACUAZIONE? si no

2. IMPIANTI – PRESIDI - DISPOSITIVI

- 2.1 **IMPIANTO DI MESSA A TERRA** data ultima verifica _____ scaduta doc. non esibito mai fatta
IL CONTROLLO EX DPR 462/2001 È BIENNALE PER POSTI LETTO ≥ 26 / USO DI ELETTROMEDICALI - QUINQUENNALE POSTI LETTO ≤ 25
- 2.2 **ASCENSORI/MONTACARICHI** SE PRESENTI COMPILARE MATRICOLA E ULTIMA DATA DI VERIFICA n.a.
IL CONTROLLO EX DPR 169/1999 È BIENNALE - BARRARE OK SE IN CORSO DI VALIDITÀ LA VERIFICA - BARRARE LE RIGHE NON COMPILATE
- matricola n° _____ data ultima verifica _____ OK scaduta mai fatta
- matricola n° _____ data ultima verifica _____ OK scaduta mai fatta
- matricola n° _____ data ultima verifica _____ OK scaduta mai fatta
- matricola n° _____ data ultima verifica _____ OK scaduta mai fatta
- matricola n° _____ data ultima verifica _____ OK scaduta mai fatta
- IL NUMERO DI MATRICOLA SI TROVA NEL LIBRETTO DELL'ASCENSORE/MONTACARICHI
- 2.3 **CENTRALE TERMICA** – DM 1975 ESCLUSIVA AUSL n.a. data ultima verifica _____ mai fatta
SOLO SE SUPERIORE A 116 KW – VERIFICA DA FARSI OGNI 5 ANNI
- 2.4 **Adeguate condizioni microclimatiche in funzione della stagione** si no

REGISTRAZIONE MANUTENZIONE

V. REGISTRI DI MANUTENZIONE - RISPONDERE SE L'ULTIMA COMPILAZIONE È NEI TEMPI PREVISTI

- 2.5 **Impianto elettrico** OBBLIGO NORMA CEI 64.8 PARTE 6, LINEE GUIDA CEI 0-10 si si ma non è aggiornato no
2.51 PER SINGOLO PRESIDIO CONTROLLATO? si no
- 2.6 **Presidi antincendio** OBBLIGO DM 01/09/2021, ALL. 1 si si ma non è aggiornato no
2.61 PER SINGOLO PRESIDIO CONTROLLATO? si no

- 2.7 **BOMBOLE DI OSSIGENO compresso presenti** si liquefatto n.a.
- 2.71 tenute in locale apposito con accesso limitato? n.a. si no
- 2.72 il locale è permanentemente areato? n.a. si no
- 2.73 sono fissate con sistemi antiribaltamento? n.a. si no
- 2.74 nel locale ci sono anche materiali in fibra naturale? n.a. si no

MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI/PAZIENTI

COMPILARE SOLO SE IL GESTORE **NON HA** ADERITO AL PROGETTO PPMS SPAL E SE PRESENTE IL TECNICO DELLA PREVENZIONE SPAL

- 2.8 **Valutazione del Rischio MMC** COMPRESIVO DELLA MOVIMENTAZIONE PAZIENTI si no
- 2.9 **Piano di riduzione / mantenimento del livello di rischio?** si no
- 2.10 Anno ultima **Relazione Sanitaria** _____ 2.101 medico competente: _____
- 2.11 **Adeguatezza numerica di Sollevpazienti?** si no
È ADEGUATO SE PRESENTE 1 SOLLEV. OGNI 8 PAZ. DA SOLLEVARE E 1 OGNI COPPIA IN TURNO ADDETTA AL SOLLEVAMENTO
- 2.12 **Cartelli "Vietato fumare" conformi alla normativa?** si no
SE PRESENTE IL LOCALE RISERVATO AI FUMATORI RICHIEDERE DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA CONFORMITÀ AI REQUISITI TECNICI DI CUI AL DPCM 23/12/2003 (ATTUAZIONE ART. 51 C. 2 L. 3/2003, MODIFICATO DALL'ART. 7 L. 306/2003)
- 2.13 **Campanelli di chiamata al letto sono facilmente fruibili e funzionanti?** n.a. si no
- 2.14 **Campanelli di chiamata al letto sono ben mantenuti?** n.a. in parte si no
(PLACCHE BEN FISSATE AI MURI, CAVI BEN COLLEGATI, ECC.)

3. REQUISITI IGIENICI E SANITARI

- 3.1 **Condizioni generali di pulizia adeguate?** (ASSENZA DI ODORI, SUPERFICI VISIVAMENTE PULITE, PRIVE DI POLVERE, ECC.) si no
- 3.2 **Procedure/Istruzioni operative Pulizia** si no
- 3.21 agite in modo buono sufficiente scarso
- 3.3 **Procedure/Istruzioni operative Disinfezione** si no
- 3.31 agite in modo buono sufficiente scarso
- 3.4 **Procedure/Istruzioni operative Gestione biancheria-depositi sporco/pulito** VALUTARE ANCHE DEPOSITI DELLO SPORCO/PULITO TEMPORANEI si no
- 3.41 agite in modo buono sufficiente scarso
- 3.5 **Manutenzione dei servizi igienici** buono sufficiente scarsa
- 3.51 **Campanelli di chiamata nei servizi igienici funzionanti** non presenti si no
IN ALCUNE STRUTTURE MOLTO DATATE È POSSIBILE CHE NON SIANO PRESENTI QUESTI SISTEMI (REQUISITO OBBLIGATORIO EX DGR 564/2000 PER CASA DI RIPOSO E CRA)
NOTA: È RACCOMANDATO CHE VENGANO INSTALLATI SISTEMI DI CHIAMATA ANCHE NELLE COMUNITÀ ALLOGGIO
- 3.52 **Aspiraz. forzata funzionante nei serv. igienici privi di finestre su spazi liberi esterni** n.a. non verific. si no
- 3.6 **Manutenzione dei locali e degli arredi** buono sufficiente no/scarsa

PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI

- 3.7 **Nome Referente aziendale per la legionella:** _____
- 3.8 **N° telefono:** _____ 3.81 **posta elettronica:** _____
- 3.9 **Documento di Valutazione del Rischio** si no
- 3.10 Redatta ai sensi della DGR 828/2017 si no
COMPILARE DI SEGUITO SOLO SE NON C'È ORDINANZA DEL SINDACO DEL COMUNE DI RIFERIMENTO
- 3.11 **Registrazione monitoraggio biologico periodico dell'imp. idraulico uso sanitario** si no
 solo ord. solo str.
- 3.12 **Sono registrate le azioni di miglioramento a seguito di esiti sfavorevoli?** n.a. si no
- 3.13 **Registrazione della manutenzione impianti periodico?** si no
 solo ord. solo str.
- 3.14 **Pulizia periodica dei serbatoi/accumuli di acqua calda e fredda?** si no

4. REQUISITI ORGANIZZATIVO - FUNZIONALI

- 4.1 **REGISTRO DEGLI OSPITI COSTANTEMENTE AGGIORNATO** si no
- 4.2 Ospiti privi di rete familiare no si → quanti? _____ su tot. ospiti _____ verificati riferito dal coord.
- 4.3 Ospiti con rete familiare assente no si → quanti? _____ su tot. ospiti _____ verificati riferito dal coord.

OMOGENEITÀ DELLE CARATTERISTICHE DELL'UTENZA rispetto ai bisogni assistenziali:

- 4.4 Sono presenti ospiti di età < 65 anni si no quanti? _____ verificati riferito
- 4.5 Sono presenti ospiti allettati che non si alzano mai dal letto si no quanti? _____ verificati riferito
- 4.6 **Ospiti totalmente non collaboranti** si no quanti? _____ verificati riferito
(ADL 0/6) CHE NECESSITANO DI MOBILIZZAZIONE ASSISTITA CON SOLLEVATORE PASSIVO O CHE DEVONO ESSERE MOBILIZZATI DA DUE OPERATORI
- 4.7 **Ospiti parzialmente collaboranti** si no quanti? _____ verificati riferito
CHE NECESSITANO DI MOBILIZZAZIONE ASSISTITA CON SOLLEVATORE ATTIVO O CHE DEVONO ESSERE MOBILIZZATI DA UN OPERATORE
- 4.8 **Ospiti con disturbi cognitivi e wandering** si no quanti? _____ verificati riferito
- 4.9 **Attrezzature fruibili?** AD ES. PRESIDII RIABILITATIVI-DI SUPPORTO, SOLLEVAPAZIENTI, ECC. CHE SONO DISPONIBILI IN CASO DI BISOGNO si no
- 4.10 **Attrezzature adeguate?** AD ES. PRESIDII RIABILITATIVI-DI SUPPORTO, SOLLEVAPAZIENTI, ECC. CHE SONO ADEGUATE ALLE ESIGENZE DELL'OSPITE si no
- 4.11 **Arredi adeguati alla tipologia degli attuali ospiti?** si no
AD ES. MOBILIO CHE PERMETTE LA MOBILITÀ E LE MANOVRE ASSISTENZIALI SENZA RISCHIO DI TRAUMATISMI
- 4.111 **Arredi stabili e privi di possibilità di ribaltamento?** n.a. contr. a campione contr. tutte si no
AD ES. GLI ARMADI, CON BASE D'APPOGGIO POCO PROFONDA E PRIVI DI UN FISSAGGIO A PARETE, CHE POTREBBERO RIBALTARSI IN CASO DI SOLLECITAZIONE O TERREMOTO

- 4.12 Presenza del **PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE - PAI:** si no
4.121 cartaceo informatico

4.13 Quanti **PAI** sono stati **visionati**? _____,
NEL DECIDERE QUALI PAI ANALIZZARE SI CONSIGLIA DI DARE LA PRECEDENZA A QUELLI DI ANZIANI SOLI O CON RETE FAMILIARE ASSENTE
vigilanza programmata: visionarne almeno 10 relativi ad utenti aventi diverse criticità;
vigilanze su richiesta vanno visionati almeno quelli relativi all'utente/utenti oggetto di segnalazione
DALLA LORO VISIONE È EMERSO:

- 4.14 **Predisposizione in modo condiviso?** si no
- 4.15 Presente **programmazione** delle attività a favore del **mantenimento delle abilità residue?**
 si si ma da implementare no
- 4.16 **Predisposto/condiviso da:** Ospite RAA Coordinatore oss Infermiere
 Medico di struttura familiare FISIOT. MMG

- 4.17 **Obiettivi** si no
- 4.18 **Scadenze** si no
- 4.19 **Verifiche** si no
- 4.20 **Firme** si no

- 4.21 **Ospiti appropriati per Comunità Alloggio/Casa di Riposo** n.a. si no
- 4.22 Possibilità di somministrare **pasti personalizzati** si no
per: 4.231 patologia specifica si no
4.232 gusto personale si no
- 4.23 **Menù settimanale/quindicinale** CON ALIMENTI FRESCHI E DI ALMENO UN PIATTO CALDO IN OGNI GIORNATA si no
- 4.24 **Presenza calendario dei bagni?** si no
- 4.25 **Ospiti con vestiario adeguato?** si no
- 4.26 **Personalizzazione degli spazi in camera?** si no
- 4.27 **Attività socioriabilitative, aggregative, ricreativo - culturali** si no
- 4.28 **Presenza di attività di volontariato** si no

ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIOASSISTENZIALE:

- 4.288 Solo per struttura non accreditata - presenti procedure assistenziali? n.a. si no
- 4.281 idratazione si no
- 4.282 prevenzione cadute si no
- 4.283 prevenzione infezioni si no
- 4.284 gestione del dolore si no
- 4.285 prevenzione e cura lesioni da pressione si no
- 4.286 **CONTENZIONE FISICA** si no RILEVARE SE NELLA GESTIONE DELLA CONTENZIONE SONO PRESENTI LE VOCI SEGUENTI
- 4.287 c'è prescrizione medica? si no
- 4.288 c'è monitoraggio? si no
- 4.289 Prevista una pausa? si no
- 4.290 Prevista la rilevazione dei parametri vitali? si no
- 4.291 Esiste verifica stato di vigilanza dell'utente nelle contenzioni restrittive? si no
- 4.292 Presente firma di un familiare, per presa visione? si no
- 4.293 Presenti modalità di gestione in emergenza? si no

RISCHIO INFETTIVO

PER EVENTUALI APPROFONDIMENTI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO COMPILARE L'ALLEGATO 3

- 4.294 Presenza di casi/focolai malattie infettive negli ultimi 12 mesi si no
DATO RIFERITO DAL COORDINATORE DI STRUTTURA
- 4.295 Presenza di Procedura/Istruzione operativa gestione rischio infettivo si no
- 4.296 Cartellonistica informativa SULLA CORRETTA TECNICA DI IGIENE DELLE MANI E SUI 5 MOMENTI OMS si no
- 4.297 Disponibilità di gel/soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza si no

GESTIONE DEGLI INFESTANTI

PER EVENTUALI APPROFONDIMENTI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO COMPILARE L'ALLEGATO 4

- 4.298 La Struttura è dotata di zanzariere si no
- 4.299 Presente un piano di manutenzione aree verdi n.a. si no
- 4.300 Presente un piano di gestione degli infestanti si no

REGISTRAZIONE/ISTRUZIONI OPERATIVE EVENTI SENTINELLA

- 4.30 Lesioni da pressione si no n.a.
- 4.31 Cadute si no n.a.
- 4.32 Fuga di ospiti si no n.a.
- 4.321 È presente istruzione operativa? si no
- 4.33 Registrazione delle evacuazioni (alvo) si no n.a.
- 4.34 **Somministrazione farmaci** (INFERMIERE/ASSISTENTE SANITARIO/MEDICO - DATO DICHIARATO DAL COORDINATORE): si no n.a.
- 4.35 **Aiuto all'assunzione farmaci:** Oss Utente in autonomia altri al di fuori della struttura PARENTE, TUTORE, ECC.
DATO DICHIARATO DAL COORDINATORE

GESTIONE BENI FARMACEUTICI: ISPEZIONE GIÀ IN PROGRAMMA/FATTA DAL DIP. FARMACEUTICO AUSL?

si → VERBALE D'ISPEZIONE DIP. FARMACEUTICO VISIONABILE A RICHIESTA

no → SE IL FARMACISTA È PRESENTE IN SOPRALLUOGO COMPILARE IL MODULO SPECIFICO (SE L'AZIENDA SANITARIA NE HA ADOTTATO UNO) CHE SARÀ ALLEGATO A QUESTA LISTA DI CONTROLLO SE NON È PRESENTE IL FARMACISTA

COMPILARE I PUNTI SEGUENTI

- 4.36 Presenza di **procedura** per la gestione dei farmaci **si** **no**
- 4.37 I farmaci controllati sono **correttamente custoditi/conservati**? **si** **no**
- 4.38 I farmaci controllati sono **in corso di validità**? (RISPONDERE NO SE CE NE SONO SCADUTI) **si** **no**

REGOLAMENTO O CARTA DEI SERVIZI

- 4.39 È presente il **regolamento o carta dei servizi**? **si** **no**
- 4.40 Sono **dettagliate le rette ed i relativi servizi/beni inclusi** **in parte** **si** **no**
- 4.41 È indicata la **possibilità di somministrazione del pasto personalizzato**? **si** **no**
- 4.42 **Le rette sono differenziate per i posti accreditati RER** **in parte** **si** **no**
- 4.43 È indicato il **percorso di inserimento alla struttura**? **si** **no**

PER ACCESSO SI INTENDE L'ITER CHE L'ANZIANO O DISABILE DEVE FARE PER POTER USUFRUIRE DELL'ASSISTENZA DELLA STRUTTURA

5. PERSONALE (V. Allegati 1 e 2)

PER VERIFICHE DI PRIMO LIVELLO È POSSIBILE UTILIZZARE L'ELENCO DEL PERSONALE IN FORZA CONTEGGIANDO IL TOTALE DELLE "TESTE" A TEMPO PIENO IN FUNZIONE DEI RAPPORTI NUMERICI DELLA DGR

PER VERIFICHE APPROFONDITE CALCOLARE IL TOTALE ORE/SETTIMANA DOVUTE, PER SINGOLA FIGURA, CONFRONTANDO CON LE EFFETTIVE ORE/SETT EROGATE UTILIZZANDO UNA SETTIMANA GIÀ TRASCORSA

- 5.1 **OSS** (CRA 1:3,5 – Centro Diurno/Casa di Riposo 1:10) **si** **no**
- 5.2 **Presente il Responsabile di nucleo** (solo per le CRA: RAA/Inf., se unico nucleo anche coordinatore) **si** **no**
- 5.3 **Infermiere** **si** **no**
(CRA 1:12 - Casa di Riposo/Centro Diurno presenza programmata in funzione del PAI - strutture con non autosufficienti a gravità sociosanitaria elevata h24)
- 5.4 **Fisioterapista** (CRA 1:60) **si** **no**
- 5.5 **Medico** (CRA 5h/sett:25 – elevati bisogni sanitari/disturbi comportamentali 12,5/sett:25) **si** **no**
- 5.6 **Animatore** (presenza programmata) **si** **no**
- 5.7 **Personale aggiuntivo/ODC/Volontari** **si** **no**
- 5.8 **Personale identificabile?** (AD ES. TESSERINO IDENTIFICATIVO) **si** **no**

CONTROLLO REQUISITI PERSONALE

PRESENZE OSPITI NELLA STRUTTURA (v. registro ospiti - alla data del controllo):

CRA = _____ *

CASA DI RIPOSO (CR) = _____ **

CENTRO DIURNO (CD) = _____ ***

ORE SETTIMANALI DI ASSISTENZA EFFETTIVAMENTE EROGATA (v. scheda rilevazione turni All. 2):

Prendere il turno del mese in corso con le reali presenze degli operatori (oss e inf). Calcolare le ore di assistenza effettiva (escludendo riposi, smonti, ferie, malattie) prestate nella settimana (da lunedì a domenica) in cui si effettua la vigilanza.

OSS IN CRA = _____ INF IN CRA = _____ FIS IN CRA = _____

OSS IN CR = _____ OSS IN CD = _____

STANDARD DI PERSONALE E ORE SETTIMANALI DOVUTE (DGR 564/00 e s.m.i.) appross. 2 cifre decimali:

		: 3,5 = _____ a	STANDARD	OSS in CRA (teste)
(OSPITI CRA)	* _____	: 12 = _____ b	"	INF in CRA (teste)
		: 60 = _____ c	"	FKT in CRA (teste)
(OSPITI CR)	** _____	: 10 = _____ d	"	OSS in CR (teste)
(OSPITI di CD)	*** _____	: 10 = _____ e	"	OSS in CD (teste)

STANDARD RICHIESTO di "teste"	OSS in CRA	a _____ x 1500 : 52 = _____	ORE SETTIMANALI DOVUTE
"	INF in CRA	b _____ x 1500 : 52 = _____	"
"	FIS in CRA	c _____ x 1500 : 52 = _____	"
"	OSS in CR	d _____ x 1500 : 52 = _____	"
"	OSS in CD	e _____ x 1500 : 52 = _____	"

CONTROLLO REQUISITI PERSONALE:

ORE SETTIMANALI DI ASSISTENZA EFFETTIVA \geq ORE SETTIMANALI RICHIESTE

il requisito di personale rispetta lo standard

ORE SETTIMANALI DI ASSISTENZA EFFETTIVA $<$ ORE SETTIMANALI RICHIESTE

verificare in altre due settimane di mesi precedenti



SE ORE SETTIMANALI DI ASSISTENZA EFFETTIVA $<$ ORE SETTIMANALI RICHIESTE

(anche in una sola settimana delle due verificate)

richiedere adeguamento del personale

GESTIONE DEGLI INFESTANTI

NEL RIQUADRO IN GRIGIO SONO RIPORTATE LE STESSA VOCI DELLA LISTA DI CONTROLLO

Nome struttura _____

data compilazione: _____

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| 1. La Struttura è dotata di zanzariere | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 2. Presente un piano di manutenzione aree verdi | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 3. Presente un piano di gestione degli infestanti | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

DESCRIZIONE DELL'AMBIENTE CIRCOSTANTE LA STRUTTURA

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 4. Presenza di giardino di proprietà | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 5. Presenza giardini circostanti o aree verdi non di diretta pertinenza | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 6. Presenti nelle immediate vicinanze specchi d'acqua, canali, maceri, cisterne | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 7. Presenza di aree di abbandono materiali | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 8. Presenti impianti sportivi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 9. Presenti vivai | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 10. Altro (Specificare): | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

NELLA STRUTTURA

Ospiti totali presenti nella struttura n° _____ (V. REGISTRO OSPITI - ALLA DATA DEL CONTROLLO)

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| 11. La Struttura è dotata di zanzariere | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 12. E' presente un impianto di climatizzazione | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 13. Avviene lo sfalcio regolare dell'erba | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 14. Sono sotto controllo ristagni nelle grondaie | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 15. Sono trattati i tombini fognari | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 16. Sono presenti vasche ornamentali e/o fontane | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 16.1 ^{16.1} SE SI, SONO EFFETTUATI TRATTAMENTI LARVICIDI O SONO INTRODOTTI PESCI ROSSI? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 17. Vengono rimosse le raccolte d'acqua (sottovasi, ecc.)? | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

VERIFICARE PRESENZA DI SOTTOVASI O ALTRI CONTENITORI CON ACQUA STAGNANTE

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| 18. Sono presenti punti di accumulo rifiuti | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 19. Vengono effettuati regolari ricambi d'acqua nelle ciotole per cani-gatti | <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Altro (Specificare): | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

TRATTAMENTI

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 20. ANTILARVALI | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 21. ADULTICIDI | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 22. Il Gestore svolge personalmente la disinfestazione/trattamenti? <input type="checkbox"/> si | | <input type="checkbox"/> no |
| 22.1 ^{22.1} È IN GRADO DI DOCUMENTARLI? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 23. Il Gestore si avvale di Ditta specializzata alla disinfestazione? <input type="checkbox"/> si | | <input type="checkbox"/> no |
| 23.1 ^{23.1} VERIFICARE SE LA DITTA INTERVIENE SU PROGRAMMA O SU CHIAMATA | | |
| 24. Esistono evidenze delle operazioni periodiche eseguite? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

SPECIFICARE I PRODOTTI UTILIZZATI PER I TRATTAMENTI ANTI LARVALI O DI ALTRI TRATTAMENTI

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 25. Se gli ospiti della struttura utilizzino l'area verde esterna, si provvede a proteggerli con sostanze repellenti? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|---|-----------------------------|-----------------------------|

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 26. Nel corso della stagione di massima proliferazione di zanzare, nelle camere sono utilizzati fornelli elettrici con piastrine, vaporizzatori o emanatori elettrici per erogare insetticidi, in conformità con le raccomandazioni del produttore? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|---|-----------------------------|-----------------------------|