



**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 _____
