

## APPENDICE 8 AL CAPITOLATO TECNICO

### SCHEDE DI VERIFICA E CONTROLLO



Nelle aree a medio, alto ed altissimo rischio infettivo è necessario prevedere una serie di controlli. Sono state previste tre tipologie di verifica:

- 1) Verifica dell'Avvenuta Esecuzione
- 2) Controllo della corretta applicazione delle Procedure
- 3) Controllo dell'Igiene degli ambienti

Per ognuna di esse l'Amministrazione Contraente dovrà eseguire i controlli che dovranno essere riscontrati attraverso la compilazione di check list di controllo che vengono fornite di seguito a titolo esemplificativo.



NOME P.A.	<b>FAC SIMILE SCHEDA DI VERIFICA AVVENUTA ESECUZIONE</b>	Data di applicazione: .../.../.....
-----------	--	--

MESE	ANNO
DIREZIONE SANTARIA	
TELEFONO	FAX
EMAIL	
U.O./SERVIZIO	nome:
COORDINATORE INFERMIERISTICO/TECNICO	nome:
ORARIO PROGRAMMAZIONE PULIZIE:	

<b>ATTESTAZIONE ESECUZIONE DELLE PULIZIE QUOTIDIANE</b>	
<b>Firma SI</b>	La firma di attestazione significa che la prestazione sono state eseguite almeno con sufficienza nel rispetto di quanto previsto nei controlli prestazionali di pulizia (frequenza, orari, modalità, prestazioni).
<b>Firma NO</b>	La firma di mancata attestazione significa che a fronte di ripetuti richiami per il completamento o per il rifacimento delle prestazioni, comunque le attività rese non sono sufficienti ad attestare l'avvenuto servizio. Alla firma deve corrispondere ad almeno n°1 NC (non conformità) inviata al mese.

<b>FIRMA Servizio Regolare: SI</b>
------------------------------------

<b>FIRMA Servizio Regolare: NO</b>
------------------------------------

<b>DIARIO ATTIVITA' DIFFORMI</b>
<b>Scopo:</b> Evidenziare situazioni di difformità e/o attività svolte dal coordinatore per ottenere la prestazione.
<b>Compilazione:</b> barrare la casella solo in caso di difformità rilevata rispetto ai protocolli di pulizia. La compilazione può avvenire anche in caso di servizio regolare (firma servizio regolare: SI)

ATTIVITA' DIFFORMI: INDICATORI					
G I O R N I	FREQUENZE NON RISPETTATE	INTERVENTO RECUPERATO DA CALL CENTER	ORARI NON RISPETTATI	SOSTITUZIONE OPERATORE NON COMUNICATO	NOTE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

ULTERIORI NOTE:
-----------------

Classificazione del documento: Consip public

Gara a procedura aperta ai sensi del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i. per l'affidamento dei servizi di pulizia, di sanificazione ed altri servizi per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale  
Appendice 8 al Capitolato Tecnico - Schede di verifica e Controllo



NOME P.A.	CHECK LIST CONTROLLO PROCEDURALE PROTOCOLLO DI PULIZIA PC (PRECAUZIONI DA CONTATTO)	REV. PAG 1/2
		Data di applicazione: ...../...../.....

U.O.			
COD. LOCALE			
DATA		ORA	
FIRMA OPERATORE Direzione Sanitaria		FIRMA OPERATORE	

1	Posizione del carrello attrezzato all'esterno dell'ambiente da trattare.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
2	Vestizione con il sopracamiccio monouso dopo essere entrato nel locale.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
3	Guanti monouso: l'operatore li ha indossati appena entrato nel locale.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
4	Effettuazione pulizia: <i>Pavimenti</i>	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
5	Effettuazione pulizia: <i>Superfici Orizzontali</i>	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
6	Effettuazione pulizia: <i>Superfici Verticali</i>	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
7	Sostituzione del pannello monouso ad ogni arredo, maniglia, superficie, interruttore, ecc.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
8	Sostituzione dei guanti dopo le operazioni di detergenza e prima della procedura di disinfezione.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
9	Effettuazione disinfezione: <i>Pavimenti</i>	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
10	Effettuazione disinfezione: <i>Superfici Orizzontali</i>	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>

NOME P.A.	CHECK LIST CONTROLLO PROCEDURALE PROTOCOLLO DI PULIZIA PC (PRECAUZIONI DA CONTATTO)	REV. PAG 2/2
		Data di applicazione: ...../...../.....

11	Effettuazione disinfezione: <i>Superfici Verticali</i>	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
12	Utilizzo disinfettante Antisapril.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
13	Rimozione corretta sopracamiccio monouso prima di uscire dall'ambiente e corretto smaltimento dello stesso come rifiuto infetto.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
14	Rimozione dei guanti monouso prima di uscire dall'ambiente e corretto smaltimento degli stessi come rifiuto infetto.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
15	Igiene delle mani prima di uscire dall'ambiente.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>
16	Detergenza e disinfezione di materiali; attrezzature; flaconi pluriuso prima di riposizionarli sul carrello.	Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>

<b>NOTE: (riportare l'elemento a cui si riferiscono le note):</b>			

Classificazione del documento Consip public

Gara a procedura aperta ai sensi del D. Lgs. n. 163/2006 e s.m.i. per l'affidamento dei servizi di pulizia, di sanificazione ed altri servizi per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale  
Appendice 8 al Capitolato Tecnico - Schede di verifica e Controllo



NOME P.A.		FAC SIMILE SCHEDA CONTROLLO IGIENICO		REV.	
				Data di applicazione: ...../...../.....	
P.A.				PIANO	
DATA RILEVAZIONE		ORA			
U.O./SERVIZIO <input type="checkbox"/>		nome:		COD. LOCALE	
AREE COMUNI <input type="checkbox"/>		tip. locale:		COD. LOCALE	
ORARIO PROGRAMMAZIONE PULIZIE:					
TIPOLOGIA		PAVIMENTI		SUPERFICI ORIZZONTALI	
				SUPERFICI VERTICALI	
				ALTRO (specificare)	
<b>Polvere</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Aloni/Macchie</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Residui Organici</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Residui Inorganici</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Calcare</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APPLICABILE <input type="checkbox"/>			
<b>Ragnatele</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ZONA:			
<b>Cestini</b>		Conforme rispetto all'orario di rilevazione?		ALTRO(specificare)	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APPLICABILE <input type="checkbox"/>			
<b>Dispenser</b>		Conforme rispetto al rifornimento del seguente?		ALTRO(specificare)	
<b>Sapone Liquido</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APPLICABILE <input type="checkbox"/>			
<b>Salviette Asciugamani</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APPLICABILE <input type="checkbox"/>			
<b>Carta Igienica</b>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> APPLICABILE <input type="checkbox"/>			
<b>Quanto rilevato è compatibile con l'orario di esecuzione delle pulizie quotidiane?</b>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE <input type="checkbox"/>	
Note:					