RegioneEmilia-Romagna Direzione generale cura della persona, salute e welfare Servizio prevenzione collettiva e sanità pubblica **LISTA DI CONTROLLO DIPARTIMENTALE** **Protocollo per il contrasto COVID19**	**DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA** Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Direttore Antonio Romanelli Sede territoriale di Ferrara - Via F. Beretta, 7 – Ferrara (FE) Tel. 0532/235266 - Fax. 0532/235253 **e-mail: dirdsp@pec.ausl.fe.it**

CHECK LIST
Protocollo per il contrasto e il contenimento del virus SARS-COV-2

Azienda	data
Sede	n. addetti
Lavorazione	
Indirizzo pec	

Sono disponibili all'ingresso cartellonistica informativa/appositi depliants sulle regole di accesso e comportamento per tutti i lavoratori e chiunque entri in azienda	☐
1. obbligo di restare al domicilio se febbre oltre i 37,5°C o altri sintomi influenzali e nel caso avvertire il proprio MMG	☐
2. non rientrare in una condizione di pericolo in cui i provvedimenti dell'autorità impongono di informare il MMG, l'autorità sanitaria e di restare a domicilio	☐
3. impegno a rispettare le buone pratiche igieniche e le misure di distanziamento sociale	☐
4. informare tempestivamente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale comparso durante l'attività lavorativa o comunque durante la presenza in azienda)	☐
_____ _____ _____ _____	
Sono disponibili all'ingresso cartellonistica informativa/appositi depliants sulle misure adottate in azienda per il contenimento del contagio?	☐
_____ _____ _____ _____	

È prevista la misurazione della temperatura corporea in entrata?	☐
Se sì, avviene secondo le indicazioni per la tutela della privacy?	☐
_____ _____	

_____ _____	
Sono rispettate le distanze interpersonali di almeno 1 metro? _____ _____ _____	☐
Sono stati distribuiti dispositivi di protezione individuale o adottati altri strumenti protettivi? Se si, quale tipologia? 1. mascherine chirurgiche o validate ISS 2. facciali filtranti (FFP2/FFP3) o validati INAIL 3. maschere di comunità 4. guanti monouso e/o altro 5. schermi/barriere fisiche/distanziatori NB: Per la verifica dell'avvenuta validazione: 1. http://www.salute.gov.it/interrogazioneDispositivi/RicercaDispositiviServlet?action=ACTION_MASCHERA 2. https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/certificazione-verifica-e-innovazione/validazione-in-deroga-dpi-covid19.html)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
I DPI sono correttamente utilizzati? _____ _____ _____	☐
I DPI sono smaltiti in appositi contenitori?	☐

I servizi igienici sono dotati di: 1. sapone liquido per le mani 2. carta a perdere per l'asciugatura _____ _____ _____ _____	☐ ☐

Sono stati messi a disposizione dispenser di gel idroalcolici per l'igiene delle mani in punti facilmente individuabili ed accessibili? _____ _____ _____ _____	☐
Per garantire lo spazio interpersonale di almeno 1 metro ed evitare affollamenti 1. sono stati contingentati l'ingresso e l'uscita (ad es. orari scaglionati, separazione percorsi) 2. è stato regolamentato l'accesso alla mensa 3. è stato regolamentato l'accesso agli spogliatoi 4. è stato regolamentato l'accesso alle zone ristoro _____ _____ _____ _____	☐ ☐ ☐ ☐
Sono adottate misure di ingresso-transito-uscita per ridurre al minimo i contatti per i fornitori esterni, comprese le imprese di pulizie? _____ _____ _____	☐
È garantita la pulizia giornaliera e la sanificazione periodica dei locali e delle superfici non destinate al contatto con gli alimenti? _____ _____ _____	☐

Prodotti usati nella sanificazione: 1. miscele a base di alcool etilico al 70% 2. Miscele a base di ipoclorito di sodio allo 0,1% 3. Presidi medico-chirurgici o biocidi ad azione virucida 4. altro _____ _____	☐ ☐ ☐ ☐

È presente in etichetta la dicitura PMC o Biocida con il relativo numero di registrazione / autorizzazione e l'indicazione Virucida? Sono disponibili le schede di sicurezza dei prodotti utilizzati per la sanificazione /disinfezione? È presente il crono-programma delle pulizie e riferimenti dei responsabili? _____ _____	□ □ □
È stata data adeguata informazione sulla procedura per la gestione del lavoratore che sviluppi febbre e/o sintomi di infezione respiratoria sul lavoro? _____ _____ _____	□
È stata data informazione ai lavoratori sulla necessità di presentare certificazione medica di avvenuta negativizzazione in caso di pregressa infezione da SARS-COVID 19 prima del reintegro in azienda? Se sì, quale procedura è stata definita? _____ _____ _____ _____	□
È stata data informazione sull'obbligo di eseguire prima del rientro a lavoro una visita medica in caso di assenza per infezione COVID che abbia reso necessaria ospedalizzazione? Se sì, quale procedura il lavoratore dovrà seguire per comunicare tale condizione ed effettuare la visita? _____ _____ _____ _____	□ □

È stata adeguata informazione sulla necessità di tutelare i lavoratori fragili e quindi sulla possibilità per questi di chiedere la sorveglianza sanitaria specifica? È stata comunicata la procedura per l'effettuazione della visita? _____ _____ _____	□ □

È stato costituito il COMITATO per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo? _____ _____ _____	□
Ulteriori osservazioni: _____ _____ _____ _____ _____ _____	

LA/E PERSONA/E PRESENTE/I AL SOPRALLUOGO DICHIARA/NO:

……
……...
……...

Luogo	Firma del/i verbalizzante/i UUPG	Firma della/e persona/e ricevente/i
_____	_____	_____

ATTO DI CHIUSURA DELL'INTERVENTO

Effettuate le opportune valutazioni da parte degli Organi di Vigilanza in intestazione, l'intervento relativo al presente verbale di sopralluogo, attivato in data_____, è stato chiuso in data_____alle ore_____.