



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento Sanità Pubblica
Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

(timbro della Ditta)

OPERATORI:

V1.07-05-2020

LISTA DI CONTROLLO

Protocollo per il contrasto ed il contenimento del virus SARS-COV-2

| | |
|---------------|------------|
| Azienda | data |
| Sede | n. addetti |
| Lavorazione | |
| Indirizzo pec | |

| | |
|---|---|
| E' stato costituito il COMITATO per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <hr/> <hr/> | |
| Sono fornite a lavoratori, fornitori, clienti, addetti di imprese di pulizia o manutenzione adeguate informazioni su: | |
| 1. misure igieniche e comportamentali | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. misure adottate in azienda per il contenimento del contagio | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Se sì, indicare con quali modalità (locandine, brochure,...): _____ | |
| <hr/> <hr/> | |
| E' prevista la misurazione della temperatura corporea in entrata? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Se sì, avviene secondo le indicazioni per la tutela della privacy? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <hr/> <hr/> | |
| Sono rispettate le distanze interpersonali di almeno 1 metro? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <hr/> <hr/> | |
| Sono stati distribuiti dispositivi di protezione individuale? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Se sì, quale tipologia? | |
| 1. mascherine | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. facciali filtranti (FFP2/FFP3) | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. guanti monouso | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | |

E' stata fornita adeguata formazione al loro utilizzo? Si No

Sono correttamente utilizzati? Si No

Sono smaltiti in appositi contenitori? Si No

E' stato previsto l'uso di mascherina chirurgica per tutti i lavoratori che condividono spazi comuni? Si No

E' stata valutata l'idoneità dei locali destinati a:

| | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. spogliatoi | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. area mensa | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. zone ristoro | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. zone fumatori | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Al fine di evitare assembramenti, è stato contingentato:

1. l'ingresso e l'uscita del personale? Si No

2. l'utilizzo degli spogliatoi? Si No

3. l'utilizzo dei locali mensa? Si No

4. l'accesso alle zone ristoro (es. in prossimità dei distributori automatici) Si No

5. l'accesso alle zone fumatori? Si No

Al fine di evitare assembramenti, è stata valutata la possibilità di:

1. modificare il lay-out degli spazi di lavoro? Si No

2. ridefinire l'articolazione oraria? Si No

Sono stati messi a disposizione dispenser di gel idroalcolici per l'igiene delle mani in punti facilmente individuabili ed accessibili? Si No

I servizi igienici sono dotati di:

1. sapone liquido per le mani Si No

2. carta a perdere per l'asciugatura Si No

E' garantita la pulizia giornaliera e la sanificazione periodica dei locali? Si No

Se sì, indicare la periodicità _____

E' stata data adeguata informazione sulla procedura per la gestione del lavoratore che sviluppi sul lavoro febbre e/o sintomi di infezione respiratoria? Si No

E' stata data informazione ai lavoratori sulla necessità di presentare certificazione medica di avvenuta negativizzazione in caso di pregressa infezione COVID prima del reintegro in azienda? Si No

Se sì, quale procedura è stata definita?

E' 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? Si No

Se sì, quale procedura il lavoratore dovrà seguire per comunicare tale condizione ed effettuare la visita?

E' stata redatta una procedura per l'attuazione delle misure previste dal Protocollo per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus Covid – 19 (24 Aprile 2020)?

Si No

Ulteriori osservazioni _____

Dipartimento Sanità Pubblica

Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Allegato **A/1** al verbale di sopralluogo n. _____ del _____ Ditta _____

Contrasto e Gestione Rischio COVID-19 – Documentazione richiesta

1. Dati anagrafici Datore di Lavoro/Legale Rappresentante
2. Dati anagrafici Medico Competente
3. Dati anagrafici RSPP
4. Dati anagrafici RLS
5. Procedura per la diffusione delle informazioni inerenti le misure di contenimento e contrasto
6. Procedura di gestione degli ingressi in azienda da parte del personale dipendente
7. Procedura per la gestione dell'accesso in azienda di fornitori esterni, visitatori, ditte in appalto
8. Procedura di pulizia e sanificazione (con indicazione dei prodotti utilizzati)
9. Procedura per la scelta, la consegna, la verifica del corretto utilizzo e smaltimento dei Dispositivi di Protezione Individuale
10. Procedura inerente la gestione degli spazi comuni
11. Relazione sulle misure di riorganizzazione aziendale (turnazione, trasferte, smart working, rimodulazione dei livelli produttivi, entrata/uscita dei dipendenti, riunioni, eventi, spostamenti interni,...)
12. Procedura di gestione della persona sintomatica in azienda
13. Procedura di gestione del soggetto fragile e del rientro in azienda dei lavoratori ospedalizzati per infezione da COVID-19
14. _____
15. _____

La documentazione dovrà pervenire all'attenzione degli scriventi, tramite pec all'indirizzo dsp@pec.ausl.mo.it entro _____ giorni dal ricevimento della presente.