



## SCHEDA DI MONITORAGGIO – Commissione Mensa 2022 / 2023

Tipologia attività \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Orario visita \_\_\_\_\_

### LOCALI E ATTREZZATURE

Condizioni di Pulizia (assenza di sporco pregresso):

pareti  SI  NO

finestre  SI  NO

tavoli  SI  NO

carrelli  SI  NO

vassoi  SI  NO

banchi di lavoro  SI  NO

contenitori  SI  NO

Sono presenti infestanti o segni di infestanti?  Sì  No

Viene correttamente effettuata la raccolta differenziata dei rifiuti?  Sì  No

I locali sono sottoposti periodicamente a sistemi di sanificazione?  Sì  No

I locali e le aree seguono un percorso “di marcia” (pulito → sporco)?  Sì  No

### SISTEMA HACCP

E' presente il Piano di Autocontrollo basato sul sistema HACCP  Sì  No

### PERSONALE

Numero di addetti in servizio \_\_\_\_\_

Il personale indossa: copricapo, mascherina e camice  Sì  No

Se **NO** scrivere la motivazione: \_\_\_\_\_

Nel piano di autocontrollo è presente una procedura per la formazione del personale  Sì  No



**DERRATE ALIMENTARI**

Le derrate alimentari corrispondono a quanto previsto nel capitolato d'appalto e nel menù in vigore  Sì  No

I prodotti preparati/conservati sono protetti (pellicola, contenitori chiusi, ecc.)  Sì  No

I prodotti sono conservati correttamente (separazione per tipologia)  Sì  No

Le diete speciali sanitarie sono state confezionate in modo separato rispetto agli altri pasti? (primi, secondi e contorni in monoporzione con nome dei destinatari)  Sì  No

**CONFEZIONAMENTO PASTI**

Il confezionamento dei pasti corrisponde a quanto previsto nel capitolato d'appalto e nel menù in vigore  Sì  No

I contenitori sono chiusi e conservati  Sì  No

I pasti pronti preparati sui carrelli (o inseriti nei contenitori termici nel caso del centro pasti) sono coperti/protetti da eventuali contaminazioni durante il trasporto?  Sì  No

Se **NO** scrivere la motivazione: \_\_\_\_\_

Gli aspetti di seguito riportati devono essere valutati con la collaborazione del personale di cucina, una volta che questo ha terminato la fase di preparazione dei pasti; è possibile chiedere di visionare quanto segue, sempre senza toccare nulla:

I cibi deperibili sono correttamente conservati in frigorifero/freezer/cella?

Sì  No

Le temperature di frigoriferi, freezer, celle (centro pasti) vengono controllate dal personale?  Sì  No

Vengono conservate le etichette degli alimenti utilizzati nella giornata e/o registrati i dati per la rintracciabilità?

Sì  No

Se **NO** scrivere la motivazione: \_\_\_\_\_

Il menù del giorno è stato rispettato?  Sì  No

Se **NO** scrivere la motivazione: \_\_\_\_\_

Utilizzo acqua di: Rete pubblica  Bottiglia

Stoviglie utilizzate:  monouso  Vetro, porcellana, acciaio  altro(specificare) \_\_\_\_\_



Verifica rispondenza menù:

	Menù previsto	Menù erogato	Gradimento utenza
			%
<b>Primo</b>			
<b>Secondo</b>			
<b>Contorno</b>			
<b>Frutta / Dessert</b>			
<b>Pane</b>			

Per ciascun piatto si calcola l'indice di gradibilità: ad esempio se si considera una classe di 25 bambini e di questi hanno mangiato più della metà (es. 20 bambini), la percentuale del n° dei bambini presi in esame è  $20:25 \times 100 = 80\%$ .

Quindi essendo questo valore compreso tra 75% e 100%, il piatto preso in esame si considera totalmente accettato.

I valori dell'indice di gradibilità presi in esame per considerare un piatto sono:

- indice di gradibilità tra 75% e 100% = piatto totalmente accettato (TA)
- indice di gradibilità tra 50% e 74% = piatto parzialmente accettato (PA)
- indice di gradibilità tra 25% e 49% = piatto parzialmente rifiutato (PR)
- indice di gradibilità tra 0% e 24% = piatto totalmente rifiutato (TR)

Eventuali osservazioni:

---



---



---



---

Letto, chiuso e sottoscritto in:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Orario fine attività \_\_\_\_:\_\_\_\_

Componenti presenti:

**Nome e cognome****Qualifica****Firma**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del compilatore: \_\_\_\_\_

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Insubria

Firma del cuoco/a o Responsabile centro cottura: \_\_\_\_\_