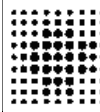
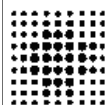
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia Dipartimento di Sanità Pubblica Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE A.T.V. _____	Rev. 1 Data 11/06/2009 Pag. 1 di 8
--	--	--

Protocollo Data	RAGIONE SOCIALE (timbro)	Codice aziendale
RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA PRESENTE AL SOPRALLUOGO:		
Cognome e nome: _____	Qualifica Proprietario Detentore degli animali Altro _____	
Registrazione alla destinazione lattiero-casearia o alimentare	SI ☐ NO ☐	Data
Autorizzazione alla produzione di latte fresco alta qualità	SI ☐ NO ☐	Data
Registrazione produzione latte crudo per consumo umano	SI ☐ NO ☐	Data
Conferimento immediato del latte prodotto	SI ☐ NO ☐	
STRUTTURE DI DESTINAZIONE DEL LATTE (Ragione sociale e n. di riconoscimento o registrazione per intermediari): 1..... 2..... 3.....		
Le analisi di autocontrollo sono effettuate dal primo acquirente	SI ☐ NO ☐	Allevamento UI BRC/LBE/TBC SI ☐ NO ☐
Il produttore ha delegato l'esecuzione dei controlli e le comunicazioni alla A.C. in caso conformità	SI ☐ NO ☐	
I dati sono presenti in Agrinet? SI, (acquisire esiti prima del sopralluogo) ☐ NO ☐		
TIPOLOGIA ALLEVAMENTO Posta fissa Stabulazione Libera: cuccette Si No lettiera permanente Grigliato Pascolo	MUNGITURA Alla posta ☐ Sala di mungitura ☐ Data ultimo controllo impianti:	Assistenza veterinaria: continuativa..... su chiamata Tecnico aziendale: Si No

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia Dipartimento di Sanità Pubblica Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE A.T.V. _____	Rev. 1 Data 11/06/2009 Pag. 2 di 8
--	--	--

Mista		
-------------	--	--

	Giudizio di conformità	Evidenze raccolte
Igiene dei locali di stabulazione	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
1. Gli ambienti di stabulazione sono puliti e asciutti , con circolazione dell'aria adeguata 6.5.3	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
2. Corretta gestione delle lettiere e delle cuccette 6.5.3	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
3. Adeguatezza di spazi e di posti in mangiatoia per gli animali in lattazione. 6.5.3	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
4. Adeguatezza di spazi e di posti in mangiatoia per gli animali in asciutta. 6.5.3	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	Cuccette / poste: in numero congruo a quello dei bovini presenti SI ☐ NO ☐
5. Sistema di abbeveraggio adeguato 6.5.3	SI ☐ si ☐	numero di bacinelle o vasche di dimensioni sufficienti e funzionanti SI ☐ NO ☐



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio Sanità Pubblica Veterinaria

CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO
LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE

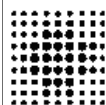
A.T.V. _____

Rev. 1

Data 11/06/2009

Pag. 3 di 8

	NO ☐ no ☐ NA ☐	Nel caso, presenza di esami annuali di potabilità dell' acqua di pozzo (analisi chimica, fisica e/o microbiologica su acqua di abbeverata) . igiene degli abbeveratoi
Strutture dove il latte è manipolato, immagazzinato o refrigerato	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
6. sono situati in modo da evitare rischi di contaminazione del latte e sgombri da rifiuti e materiali superflui 6.5.4	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
7. sono separati dai locali di stabulazione degli animali 6.5.4	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
8. sono presenti pareti e pavimenti di facile pulizia e disinfezione, con agevole drenaggio dei liquidi 6.5.5	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
9. sono protetti da infestanti o parassiti 6.5.3 e 6.5.5	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
10. sono provvisti di acqua potabile per lavaggio e pulizia 6.5.5	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	Nel caso, presenza di esami annuali di potabilità dell' acqua di pozzo
11. è presente un impianto di refrigerazione adeguato 6.5.5	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio Sanità Pubblica Veterinaria

CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO
LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE

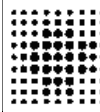
A.T.V. _____

Rev. 1

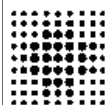
Data 11/06/2009

Pag. 4 di 8

	NA ☐	
Impianto di mungitura, pratica e igiene della mungitura	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
12. L'impianto di mungitura è sottoposto a check-up periodici 6.5.6	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
13. le attrezzature utilizzate per la mungitura sono di facile pulizia e disinfezione e di materiali lisci lavabili e atossici 6.5.6	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	verificare usura guaine
14. L'impianto di mungitura e le attrezzature sono in buone condizioni igieniche 6.5.6	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	verificare pulizia guaine
15. Sono presenti adeguati prodotti detergenti e disinfettanti per la pulizia dell'impianto di mungitura 6.5.6	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
16. In fase di mungitura, la mammella e i capezzoli sono regolarmente puliti. 6.5.7	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	verifica della pratica di pulizia (tovaglietta bagnata, asciutta, con sanificante, pre-dipping, ecc..) Le vacche rimangono in piedi dopo la mungitura (foraggi ed acqua a disposizione)
17. Sono attuati controlli per rilevare anomalie del latte sui primi getti (stoppini) 6.5.7	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	Vengono controllati i primi spruzzi di latte per individuare tempestivamente la mastite clinica SI ☐ NO ☐ I primi spruzzi vengono raccolti SI ☐ NO ☐
18. Sono identificati tutti i bovini trattati farmacologicamente con un sistema evidente 6.5.2 e 6.5.7	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	Descrizione delle modalità di identificazione utilizzate:

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia Dipartimento di Sanità Pubblica Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE A.T.V. _____	Rev. 1 Data 11/06/2009 Pag. 5 di 8
---	---	---

		 Le bovine con infezioni intramammarie contagiose, sono munte per ultime SI ☐ NO ☐
19. Il trattamento per immersione o vaporizzazione dei capezzoli è attuato con sostanze idonee approvate 6.5.7	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	È applicato il postdipping SI ☐ NO ☐ Sono presenti le schede tecniche delle sostanze utilizzate SI ☐ NO ☐
20. Il latte dopo la mungitura è filtrato, con filtri idonei 6.5.7	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
21. Sono disponibili filtri puliti da utilizzare nelle prossime mungiture 6.5.7	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
22. il latte appena munto è immediatamente refrigerato in adeguati impianti con rilevamento della temperatura per mantenere la catena del freddo 6.5.7		Rilevazione della temperatura del latte in refrigerazione.....
Igiene e formazione del personale	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
23 Gli addetti alla mungitura hanno seguito un corso di formazione specifico 6.5.2 e 6.5.8	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
24 Sono disponibili lavabi per consentire di lavare le mani e braccia durante le operazioni in essere 6.5.8	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
25 Sono presenti detergenti per il lavaggio delle mani del personale addetto alla mungitura 6.5.8	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio Sanità Pubblica Veterinaria

CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO
LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE

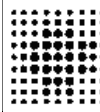
A.T.V. _____

Rev. 1

Data 11/06/2009

Pag. 6 di 8

Rintracciabilità del prodotto	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
26 Registrazioni dal quale risulti il quantitativo di latte prodotto ed il destinatario 6.5.9	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
Criteri e garanzie sul latte	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
27 Presenza di referti di laboratorio dei criteri richiesti per la destinazione del latte o disciplinare per caratteristiche del prodotto. 6.5.10	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	Media geometrica cellule somatiche : - data(ultimo referto) - esito media ultimi 90 gg..... Media geometrica tenore in germi - data(ultimo referto) - esito media ultimi 60 gg..... Monitoraggio aflatossine SI ☐ NO ☐
28 I referti di laboratorio sono emessi da laboratori iscritti nell'elenco regionale per l'esecuzione dell'autocontrollo per matrice latte 6.5.10	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
29 Sono in atto azioni correttive o preventive per superamento di non conformità relative ai criteri del prodotto 6.5.10	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	
30 Sul /sugli animale/i problema vengono effettuati controlli (conteggio cellule somatiche ed esami microbiologici per la	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐	Descrizione modalità controllo

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia Dipartimento di Sanità Pubblica Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE A.T.V. _____	Rev. 1 Data 11/06/2009 Pag. 7 di 8
--	--	--

ricerca di agenti mastidogeni).. 6.5.2 e 6.5.10	NA ☐	
31 Se si avvale di controlli effettuati dalla ditta che ritira il latte, è stata concordata formalmente la responsabilità della segnalazione all'Autorità competente in caso di non conformità 6.5.11	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	Presenza documento di delega sottoscritto dalla Ditta che effettua il controllo SI ☐ NO ☐
32 Presenza di specifico autocontrollo aziendale per vendita diretta di latte crudo 6.5.12	SI ☐ si ☐ NO ☐ no ☐ NA ☐	

ESITO DEL SOPRALLUOGO

FAVOREVOLE		
FAVOREVOLE CONDIZIONATO all'effettuazione di adeguamenti descritti nella allegata scheda delle non conformità	Scheda non conformità n°..... Prot.....	
SFAVOREVOLE provvedimenti descritti nella allegata scheda delle non conformità	Scheda non conformità n°..... Prot.....	

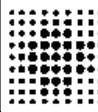
CAMPIONAMENTO (vedi verbale di campionamento)

è stato effettuato il campionamento di una o più matrici

si ☐

no ☐

VERBALIZZANTI

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia Dipartimento di Sanità Pubblica Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	CONTROLLO UFFICIALE PRESSO ALLEVAMENTO BOVINO LISTA DI RISCONTRO/ CHECK LIST LATTE A.T.V. _____	Rev. 1 Data 11/06/2009 Pag. 8 di 8
---	---	---

eventuale documentazione acquisita

.....

eventuali annotazioni

.....

Localitàdata |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

LEGALE RAPPRESENTANTE (o figura di cui al punto 1.3)

eventuali dichiarazioni

.....

.....

.....

Localitàdata |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

Legenda:

NA (Non applicabile): il requisito non è applicabile a quello specifico operatore sui cui si esegue il controllo;

SI (maiuscolo): nel caso in cui un requisito sia completamente rispettato;

si (minuscolo): nel caso in cui un requisito sia sostanzialmente rispettato, ma sia possibile ancora un miglioramento da parte dell'operatore;

no (minuscolo): requisito non conforme anche se parzialmente soddisfatto;

NO (maiuscolo): requisito completamente non rispettato.