

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it - informa@ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 31

del 27/01/2016

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Piano dei Controlli per l'ambito Sociosanitario e Sociale – Anno 2016.

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr. Fabrizio Speziani

Dott.ssa Teresa Foini



IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che:

- la D.G.R. n. X/4702 del 29.12.2015, ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l'esercizio 2016" (Capitolo 3, paragrafo 3.3) individua tra gli obiettivi 2016 la predisposizione del Piano annuale di Vigilanza e Controllo per l'ambito Socio-Sanitario e Sociale;
- il Piano dei Controlli è il principale strumento di programmazione di cui l'A.T.S. dispone per individuare concretamente le azioni che verranno perseguite, in corso d'anno, nei seguenti ambiti di intervento:
 - vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie e sociali pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate);
 - vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie innovative, anche a carattere sperimentale, promosse dalla Regione;
 - valutazione e monitoraggio sulla qualità delle prestazioni sociosanitarie erogate ai cittadini;
 - controllo della correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate;
 - controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso l'esame della documentazione sociosanitaria, che comprende sia la verifica delle caratteristiche cliniche e psico-sociali del bisogno che determina l'accesso al sistema sociosanitario sia la coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate;
 - verifica dell'efficiente ed efficace utilizzo delle risorse allocate e disponibili;

Atteso che la formalizzazione di detto Piano è prevista – secondo quanto stabilito dalla D.G.R. n. X/4702/2015 – per il 31 gennaio 2016;

Ritenuto conseguentemente di predisporre il Piano di Vigilanza e Controllo anno 2016 relativo all'attività degli Erogatori delle Unità di Offerta Socio-Sanitarie e Sociali (ambito Socio-Sanitario e Sociale) ubicate nel territorio dell'ATS di Brescia, secondo le indicazioni regionali;

Considerato che il Piano dei Controlli anno 2016 è stato redatto dalla U.O. Vigilanza e Controllo Erogatori Sociosanitari, provvisoriamente assegnata alla Direzione Sociosanitaria, con i contributi pervenuti dagli assetti di afferenza, secondo i principi fondamentali elencati al Capitolo 3 Paragrafo 3.3 "Piano annuale di vigilanza e controllo Unità d'Offerta Sociosanitarie" della D.G.R. n. 4702/2015;

Ritenuto di approvare il Piano dei Controlli – ambito Socio-Sanitario e Sociale – anno 2016, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato "A", composto da n. 41 pagine);

Vista la proposta del Direttore Sociosanitario, Dott.ssa Eliana Breda;

Dato atto che la Responsabile dell'U.O. Vigilanza e Controllo Erogatori Socio-Sanitari, Dr.ssa Francesca Cremaschini, attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Dato atto che il parere del Direttore Sociosanitario è assorbito nella funzione esercitata dal medesimo in qualità di proponente;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Teresa Foini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A



- a) per le motivazioni in premessa richiamate, di approvare il Piano dei Controlli – ambito Socio-Sanitario e Sociale - anno 2016, in attuazione delle disposizioni previste dal Capitolo 3 Paragrafo 3.3 “Piano annuale di vigilanza e controllo Unità d’Offerta Sociosanitarie” della D.G.R. n. 4702/2015, di cui all’allegato “A” (composto da n. 41 pagine), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- b) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l’Agenzia;
- c) di trasmettere copia del presente provvedimento, a cura dell’U.O. Vigilanza e Controllo Erogatori Socio-Sanitari, a:
- Regione Lombardia Direzione Generale Welfare, U.O. Programmazione Rete Territoriale;
 - Dipartimento delle Attività Socio-Sanitarie Integrate;
 - Enti Erogatori delle Unità d’Offerta Socio Sanitarie e Sociali;
- d) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell’art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell’art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- e) di disporre, a cura della U.O. Affari Generali, la pubblicazione all’Albo on-line – sezione Pubblicità legale - ai sensi dell’art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 e dell’art. 32 della L. n. 69/2009.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

PIANO CONTROLLI ANNO 2016

AREA SOCIO SANITARIA

Sommario

PREMESSA.....	3
<u>CAPITOLO 1</u>	
ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE	
1.1 Rete delle Unità d’Offerta socio-sanitarie e sociali	5
<u>CAPITOLO 2</u>	
VIGILANZA 2015 SULLE UNITA’ D’OFFERTA SOCIO-SANITARIE	
2.1 Premessa	7
2.2 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015.....	7
<u>CAPITOLO 3</u>	
CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA 2015 SULLE UDO SOCIOSANITARIE	
3.1 Premessa.....	11
3.2 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015.....	11
3.3 Sintesi dei controlli 2015 inerenti l'applicazione della dgr 2942/2014.....	16
<u>CAPITOLO 4</u>	
VIGILANZA E CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA 2014 - AREA DISABILITA'	
4.1 Premessa	17
4.2 Sintesi delle vigilanze e dei controlli di appropriatezza effettuati nel 2015.....	17
<u>CAPITOLO 5</u>	
PIANIFICAZIONE 2016	
5.1 Premessa.....	19
5.2 Composizione delle équipes di vigilanza.....	19
5.3 Tipologie di visita ispettiva.....	20
5.4 Verbale di vigilanza.....	20
5.5 Pianificazione Vigilanza 2016.....	23
5.6 Pianificazione Appropriatezza 2016.....	25
5.7 Pianificazione Appropriatezza 2016-Area disabilità.....	31
5.8 Vigilanza e controlli 2016 sulle sperimentazioni di unità d’offerta innovative.....	32
<u>CAPITOLO 6</u>	
VIGILANZA E CONTROLLO UDO SOCIALI	
6.1 Premessa.....	33
6.1 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015.....	33
6.3 Pianificazione UdO Sociali 2016.....	33
<u>CAPITOLO 7</u>	
ATTIVITA’ FORMATIVA	
7.1 Sviluppo delle abilità comunicative, organizzative e relazionali nel rapporto con l'utenza e la famiglia.....	36
7.2 Verifica della qualità e appropriatezza delle cure: aspetti sanitari e socio-sanitari.....	36
<u>CAPITOLO 8</u>	
L'ESERCIZIO DELLA VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT.23 E 25 DEL C.C. SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO	
8.1 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015.....	37
8.2 Pianificazione Vigilanza 2016.....	38
<u>CAPITOLO 9</u>	
UTILIZZO DELLE RISORSE ASSEGNATE PER LA VIGILANZA	
9.1 Fondo 2014 (utilizzo per il 2015).....	39

Premessa

La legge regionale 11 agosto 2015 n.23 all'art. 6 comma 3 attribuisce alle neo costituite ATS la funzione di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle Unità d'offerta sanitarie, socio-sanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del D.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dal proprio piano di controllo annuale e da quelli previsti dall'Agenzia di controllo; l'articolo 11 comma 4 prevede che la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS si svolga coordinandosi e integrandosi con il contenuto del piano annuale dei controlli e dei protocolli predisposto dall'Agenzia di controllo. Attualmente le ATS, in questa prima fase di attuazione della L.r. n.23/15 di riordino del SSL, si atterranno a quanto previsto dalle regole di sistema, in attesa dell'attivazione dell'Agenzia che coordinerà i controlli nel settore sociosanitario.

Il Piano Controlli 2016, relativo al sistema socio-sanitario, è redatto secondo quanto previsto dal capitolo 3.3.3 delle regole di sistema 2016 ovvero la DGR 4702 del 29 dicembre 2015; le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano sui soggetti gestori e sulle Unità d'offerta della rete sociosanitaria e in tutte le eventuali situazioni ove, per la tipologia di utenza e per i servizi offerti, si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all'esercizio.

Al fine di migliorare il sistema organizzativo dell'intero territorio e tutelare l'individuo, vengono attivati sistemi di controllo atti a vigilare il rispetto delle normative da parte degli Enti Gestori ovvero la qualità delle prestazioni e, monitorando la domanda e i bisogni non soddisfatti all'interno della rete sociosanitaria, indirizzare l'offerta di servizi utili al cittadino. Inoltre l'attuazione del Piano Controlli comporta sempre un confronto con gli Enti e i loro Rappresentanti nell'ottica di un miglioramento costante della qualità delle prestazioni erogate all'utente.

Gli obiettivi che rappresentano il costante riferimento durante i controlli presso gli Enti Gestori sono nei seguenti ambiti di intervento:

- a. vigilanza sul possesso/mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento da parte delle Unità di Offerta Socio-sanitarie e sociali attraverso la verifica dei requisiti sia generali (DGR 2569/2014) che specifici (normative di riferimento per ciascuna Unità d'Offerta) indipendentemente dallo status erogativo (autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione);
- b. controllo e monitoraggio della qualità delle prestazioni socio-sanitarie erogate e percepite dai cittadini attraverso gli indicatori di appropriatezza (DGR 1765/2014) e il loro grado di soddisfazione nelle diverse Unità d'Offerta, indipendentemente dallo status erogativo (autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione);
- c. vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie innovative, a carattere sperimentale;
- d. verifica dell'appropriatezza dell'accesso del singolo utente al sistema socio-sanitario nelle varie Unità di Offerta e della coerenza tra bisogni e prestazioni erogate allo stesso, il tutto considerando sempre l'utente al centro delle attività;
- e. verifica del corretto utilizzo delle risorse allocate e disponibili e sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali;
- f. controllo della correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate.

Per il raggiungimento di tali obiettivi l'ATS di Brescia si avvale di un'equipe dedicata rappresentata dall'U.O. Vigilanza e Controllo degli Erogatori Sociosanitari, che è in staff alla Direzione Sociosanitaria. Questa équipe multidisciplinare, descritta in dettaglio nel Capitolo 5, è costituita da operatori con diverse professionalità, opera in base al principio dell'imparzialità e si attiene scrupolosamente ai valori aziendali espressi nel codice etico. La programmazione dei sopralluoghi atti alla verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento, sarà, per quanto possibile, integrata e coordinata con gli altri uffici competenti quali i servizi del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria.

Le attività di vigilanza e controllo perseguono l'obiettivo dell'omogeneità attraverso l'utilizzo di strumenti (modelli di verbalizzazione informatizzati) a garanzia dell'uniformità dell'espletamento delle funzioni che verranno implementati con i modelli regionali (nota del 23/12/2015 prot. n. 0162291/15).

Con la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo dalle funzioni di erogazione prevista dalla legge n.23/15 attraverso la costituzione delle ATS e ASST, è superata

la necessità di vigilanza e controlli incrociati e ciascuna ATS ha competenza su tutte le unità d'offerta del proprio ambito territoriale.

Il Piano Controlli 2016 esamina, dopo esposizione dell'analisi del contesto territoriale al 31/12/2015 (Cap.1) l'attività di vigilanza e controllo di appropriatezza svoltasi nel periodo 01.01.2015 - 31.12.2015 evidenziando eventuali criticità riscontrate (Cap. 2-3-4). Successivamente viene esposta la pianificazione dei controlli nelle UdO sociosanitarie e sociali sia per quanto riguarda l'attività di vigilanza (verifica del possesso/mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, gestionali e organizzativi delle UdO socio-sanitarie e sociali) che l'attività di controllo di appropriatezza delle prestazioni rese a favore degli utenti dell'unità d'offerta (Cap. 5-6). Il Capitolo 7 elenca i corsi di formazione previsti per l'equipe di vigilanza nell'anno 2016. Il Capitolo 8 espone la vigilanza e controllo ex artt. 23 e 25 del c.c. sulle persone giuridiche di diritto privato svolto dalla Commissione di Vigilanza, nominata con decreto del D.G. n.389 del 17 luglio 2014, elencando le attività da essa svolte nell'anno 2015 e la pianificazione delle vigilanze per l'anno 2016. Infine il Capitolo 9 espone l'utilizzo delle risorse economiche assegnate per la vigilanza con fondo 2014 e utilizzo per il 2015.

CAPITOLO 1

ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE

1.1 Rete delle Unità d'Offerta socio-sanitarie e sociali

Nel territorio dell'ATS di Brescia al 01/01/2016 è presente una diffusa rete di Unità d'Offerta socio sanitarie gestite sia da Enti privati (**Tabella 1**) che direttamente dall'ATS (**Tabella 2**) che garantisce ai cittadini bresciani una offerta completa di prestazioni in particolare per le persone fragili e con compromissioni importanti dello stato di salute; risulta altrettanto vasta e articolata la rete delle Unità d'Offerta sociali (**Tabella 3**).

UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE PRIVATE TERRITORIO ATS DI BRESCIA		
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate
RSA	86	85
CDI	54	54
Hospice	4	4
RSD	5	5
CDD	29	29
CSS	21	21
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acute)	4	4
Riabilitazione ambulatoriale	4	4
Consultori Familiari	21	20
Comunità Dipendenze	23	19
Servizi Multidisciplinari Integrati	4	4
ADI (dei quali 24 con accreditamento ASL/ATS di Brescia)	33	33
Comunità Dipendenze bassa intensità	1	1

Tabella 1

UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE GESTITE DIRETTAMENTE DALL'ATS DI BRESCIA	
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate ed accreditate
RSD	1
Consultori Familiari	17
Servizi Territoriali per le Dipendenze	9
ADI	1

Tabella 2

Durante **il primo semestre** del 2015 si è assistito nelle RSA presenti sul territorio dell'ASL di Brescia ad un incremento di n. 30 posti autorizzati ordinari per n. 6 dei quali è stato richiesto anche l'accreditamento; altre n. 3 SCIA presentate hanno interessato soprattutto modifiche dell'articolazione degli spazi delle UdO già esistenti. Per quanto riguarda le altre Unità d'offerta

sono state presentate SCIA per modifica dell'articolazione degli spazi da n. 3 Comunità per Tossicodipendenti, n. 1 CDI e n. 2 Consulteri.

Nel secondo semestre del 2015 i posti letto di RSA sono incrementati di n.142 (dei quali n.122 accreditati) in quanto sono state presentate a codesta ASL n.1 SCIA contestuale per n.6 posti letto, n.1 SCIA per n.20 posti letto, n.1 SCIA contestuale per 116 posti letto (nuova RSA "Residenza Vittoria"); anche i posti letto per UdO Residenziali nell'Area delle Tossicodipendenze hanno visto un incremento di n.10 in seguito a presentazione di n.1 SCIA. Inoltre sono state presentate SCIA per la modifica dell'articolazione degli spazi in n.2 RSA, n.1 CDD, n.1CDI, n.1 Consulteri, n.1 UdO Residenziale Area Tossicodipendenze e infine è stata presentata n.1 SCIA per il trasferimento in altra sede di n.1 SerT dell'ASL di Mantova.

Le Unità d'offerta sociali hanno subito nel corso del 2015 alcuni cambiamenti in quanto è diminuita l'offerta nell'area minori per quanto riguarda i micronidi (-4), i nidi famiglia (-2) e le comunità minori (-1), mentre sempre in tale area è aumentata per i nidi (+3). Per quanto riguarda l'area anziani è aumentata l'offerta di alloggi protetti (+1).

UNITA' D'OFFERTA SOCIALI AL 31/12/2015							
TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIO ASSISTENZIALE	N. UDO SOCIOASS. AL 31.12.2015	DGD 1	DGD 2	DGD 3	DGD 4	DGD 5	DGD6
NIDI	173	41	32	12	26	29	33
MICRO NIDI	23	0	2	1	3	7	10
NIDI FAMIGLIA	28	3	7	8	3	3	4
CENTRI PRIMA INFANZIA	4	0	0	4	0	0	0
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	56	8	11	11	9	11	6
COMUNITA' FAMILIARE	4	0	0	0	0	2	2
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	20	7	3	0	5	1	4
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	8	5	3	0	0	0	0
CENTRI DIURNI ANZIANI	14	3	0	0	4	5	2
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	18	3	1	4	5	3	2
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	12	4	1	1	3	2	1
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	6	0	0	0	2	2	2
CENTRO RICREATIVO DIURNO PER MINORI	298	76	43	33	45	63	38

Tabella 3

CAPITOLO 2

VIGILANZA 2015 SULLE UNITA' D'OFFERTA SOCIO-SANITARIE

2.1 Premessa

Nel corso del 2015 per **l'attività di vigilanza** sulle Unità d'offerta socio-sanitarie è stata verificata l'applicazione della DGR 2569/2014, che ha ridefinito l'intera materia dell'esercizio e dell'accREDITAMENTO sociosanitari; sono stati verificati inoltre i requisiti previsti dalle DGR specifiche di ogni singola tipologia di UdO.

L'attività svolta durante l'anno 2015 ha riguardato:

- visite pianificate nel rispetto degli obiettivi di mandato e degli obiettivi aziendali al fine del controllo del mantenimento dei requisiti autorizzativi, di accREDITAMENTO, nonché degli obblighi contrattuali da parte delle unità d'offerta e degli enti gestori (verifica dei requisiti soggettivi, strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali);
- visite per attività collegate alle verifiche per SCIA (Segnalazione Certificata di Inizio Attività), SCIA con contestuale richiesta di accREDITAMENTO, volture di accREDITAMENTO; visite per espressione di parere per l'accREDITAMENTO;
- attività di accertamento sulle autocertificazioni rilasciate dai Gestori socio sanitari e sociali;
- visite straordinarie eseguite su segnalazioni o a seguito di richieste pervenute da altri enti;
- verifica del mantenimento dei requisiti previsti delle DGR 3239/2012 - 499/2013 (post Acuti)
- consulenza agli Enti Gestori inerenti problematiche complesse laddove, attraverso il confronto ed il brainstorming, si sono trovate valide soluzioni.

Il piano controlli dell'ASL di Brescia prevedeva nel corso del 2015 l'effettuazione di un numero di vigilanze pari ad almeno il 50% delle Unità d'offerta socio-sanitarie ovvero la verifica del 100% delle UdO nel biennio 2015-2016.

Per quanto riguarda le Unità di Offerta gestite direttamente dall' ASL di Brescia, le stesse sono state controllate dall'ASL di Vallecamonica-Sebino, titolare della funzione di vigilanza incrociata sul territorio dell'ASL di Brescia come definito dalla DGR 2989/2014 e dalla DGR 2569/2014.

L'ASL di Brescia ha, secondo quanto previsto dal Piano Controlli 2015, provveduto a vigilare le Unità di Offerta gestite direttamente dall'ASL di Mantova come segue:

- Consultori familiari pubblici: n. 7;
- Servizi Territoriali per le Dipendenze: n. 3
- ADI: n.1

2.2 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

La sintesi degli obiettivi di vigilanza 2015 è riportata nella **Tabella 1** sottostante indicante l'attività suddivisa per tipologia di unità d'offerta.

Dal mese di gennaio 2015 è stato introdotto per le vigilanze in RSA il verbale informatizzato redatto con l'applicativo VIVIDI, nel quale è inserita l'anagrafica di tutte le UdO sociosanitarie. Attraverso tale verbale si sono ridotti i tempi di compilazione ed è stato possibile archiviare in formato file la documentazione inerente l'attività di vigilanza. Nel mese di maggio 2015 il verbale è stato implementato anche per i Consultori Familiari, da giugno 2015 anche per le verifiche presso gli enti erogatori ADI, da settembre nelle Comunità Residenziali dell'Area Tossicodipendenze e da ottobre negli SMI, negli Hospice e negli ex- IDR.

L'attività di vigilanza è stata effettuata in applicazione alla DGR 2569 del 31.10.2014 verificando il possesso/mantenimento dei requisiti di autorizzazione e accREDITAMENTO da parte delle Unità di Offerta Socio-sanitarie; sono stati verificati inoltre i requisiti specifici previsti dalle DGR di riferimento per ogni singola tipologia di UdO. I requisiti verificati comprendono sia i requisiti soggettivi che organizzativi/gestionali e strutturali/tecnologici. L'Unità Operativa ha ricevuto molti quesiti inerenti l'elaborazione dei documenti gestionali/organizzativi richiesti dalla DGR 2569/2014 per la redazione dei quali le UdO avevano l'obbligo di uniformarsi entro n. 6 mesi dalla pubblicazione della DGR stessa. Tale periodo è stato utile per accompagnare gli Enti nella elaborazione di documenti precisi e specifici per ogni UdO.

La sintesi degli obiettivi di vigilanza anno 2015 e del loro raggiungimento è riportata nella **Tabella 1** indicante l'attività suddivisa per tipologia di unità d'offerta.

Per quanto riguarda le UdO gestite direttamente dall'ASL di Brescia, le stesse sono state controllate dall'ASL di Vallecamonica-Sebino, titolare della funzione di vigilanza incrociata sul territorio dell'ASL di Brescia come definito dall'allegato C paragrafo 4.7 della DGR 2989/2014, confermato dalla DGR 1185/2013 e dalla DGR 2569/2014.

L'ASL di Brescia nel corso dell'anno 2015, come previsto dal Piano Controlli, ha vigilato le Unità di Offerta gestite direttamente dall'ASL di Mantova: nel primo semestre sono stati verificati n. 4 Consulteri Pubblici. Nel secondo semestre sono stati verificati n.3 Consulteri Pubblici, n.3 SerT e n. 1 ADI dell'ASL di Mantova, raggiungendo l'obiettivo per l'anno 2015.

Unità di Offerta	VIGILANZA	
	N° Unità d'Offerta vigilate alla data del 31.12.2015	Obiettivo pianificazione 2015
RSA	49	43
CDI	28	27
HOSPICE	2	2
RSD	3	3
CDD	16	16
CSS	11	11
STRUT. DI RIABILITAZIONE	2	2
CONS. PRIVATI	13	11
COMUNITA' DIPENDENZE	12	12
SMI	2	2
ADI	12	12
CONS. PUBBL. MANTOVA	7	7
SERT MANTOVA	3	3
ADI MANTOVA	1	1
TOTALI	161	152

Tabella 1 - Vigilanza UdO socio-sanitarie: confronto UdO vigilate al 31.12.2015 ed UdO pianificate

Percentualmente l'equipe di vigilanza ha verificato complessivamente il 106% delle UdO programmate nel piano controlli 2015. Tutte le UdO vigilate sono state anche sottoposte a controllo di appropriatezza e questo ha quindi permesso un confronto e una collaborazione tra le due équipes che ha portato ad una sinergia nei controlli, utile sia da un punto di vista organizzativo che di integrazione delle competenze.

Le verifiche inerenti il mantenimento dei requisiti gestionali-organizzativi e strutturali tecnologici di autorizzazione e accreditamento hanno avuto esito positivo nel 97% delle UdO vigilate; nel 3% delle UdO verificate (2 RSA, 1 Consultorio Familiare, 1 Unità d'Offerta Residenziale per Tossicodipendenti, 1 Ente Gestore ADI) sono state emesse prescrizioni, diffide e relativi verbali di contestazione (**Grafico 1**). Nonostante tale esiguo numero di prescrizioni, durante l'anno 2015, nel 40% delle vigilanze sono state espresse delle raccomandazioni di miglioramento in misura prevalente inerenti i requisiti gestionali organizzativi; in particolare tali raccomandazioni riguardavano l'integrazione del documento organizzativo gestionale, della valutazione degli esiti delle customer satisfaction e della carta dei servizi. Per quanto riguarda le raccomandazioni tecnico-strutturali le integrazioni richieste sono state principalmente di carattere documentale (gestione emergenze e varie autodichiarazioni in quanto non presente il legale rappresentante in Struttura) (**Grafico 2**).

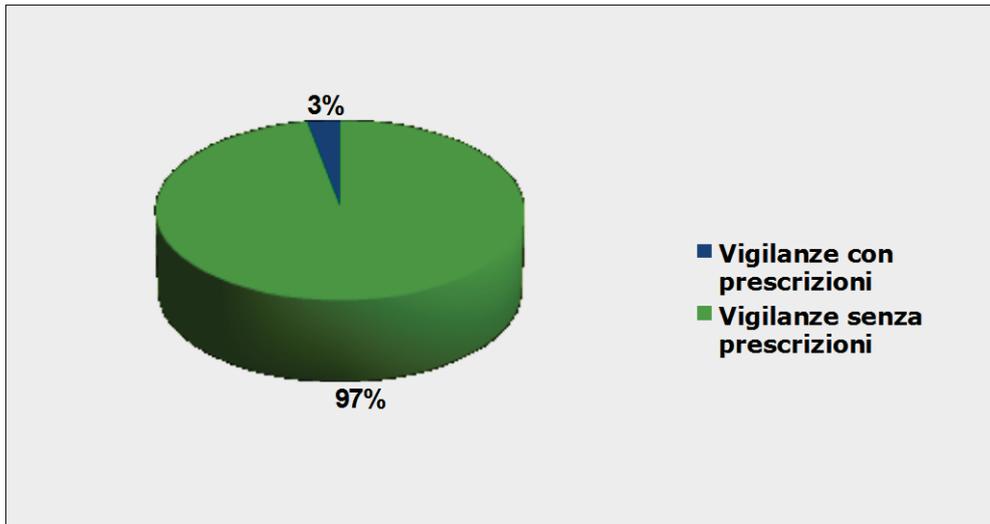


Grafico 1 –Confronto vigilanze anno 2015 con e senza prescrizioni/sanzioni

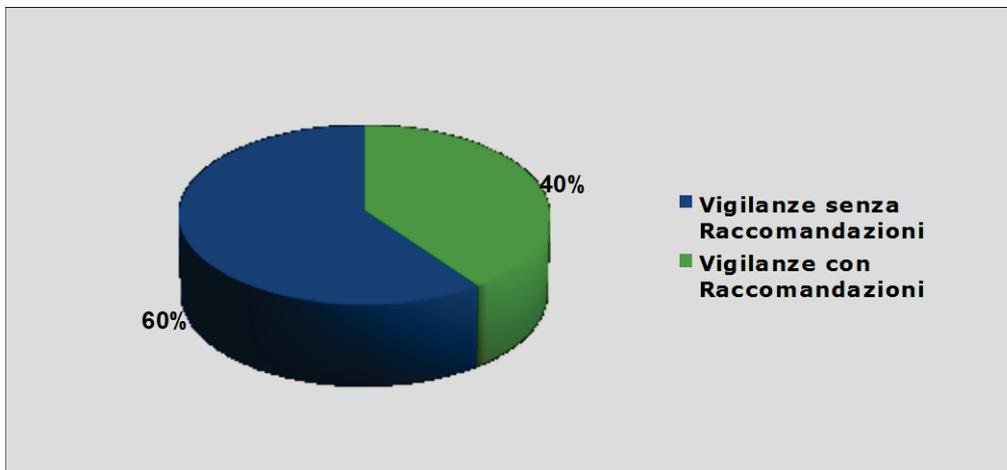


Grafico 2–Confronto vigilanze anno 2015 con e senza raccomandazioni

Per n.8 RSA si sono svolte vigilanze per segnalazioni inerenti la carenza dell'assistenza. Le verifiche di tali segnalazioni hanno dato esito negativo in quanto le UdO erano in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente; a seguito dei sopralluoghi si sono svolti incontri con i Responsabili delle UdO per poter migliorare la qualità dell'organizzazione del personale.

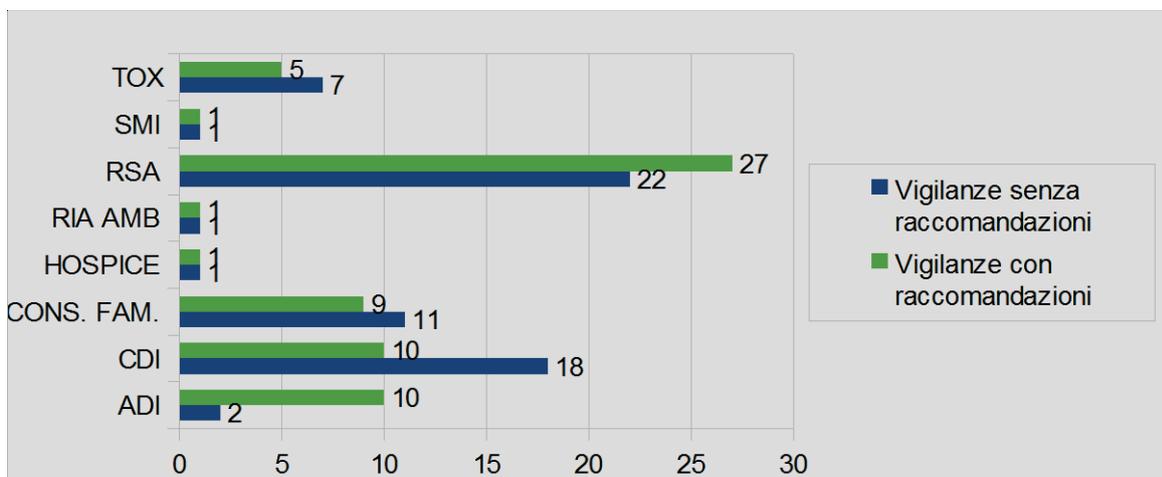


Grafico 3– Raccomandazioni: confronto anno 2015 per le diverse tipologie di UdO

Come si evince dal **Grafico 3** in un numero considerevole di vigilanze per tutte le tipologie di UdO in esso riportate, sono state richieste integrazioni alla documentazione sia tecnica che gestionale-organizzativa; ciò evidenzia che, pur dovendo ancora ottimizzare e migliorare la documentazione richiesta dalla DGR 2569/2014, le UdO non presentano, tranne che nei casi sanzionati (**Grafico 1**), carenze rilevanti.

Per quanto riguarda **i requisiti soggettivi** sono state acquisite entro il 31.01.2015 da tutti gli Enti che gestiscono UdO socio Sanitarie, le autocertificazioni come previsto dalla DGR 2569/2014 allegato 1. Le verifiche previste dal piano controlli sono state effettuate sul 10% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA (n. 2 su n. 21 SCIA), nel 100% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle domande di accreditamento (n. 3 su n.3 SCIA Contestuale) e nel 10% delle UdO sottoposte a vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento (n. 16 su n. 161 UdO), mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni ed in particolare alla Prefettura di Brescia per quanto riguarda la richiesta "Informazione antimafia" ai sensi dell'art. 91 del D.Lgs. 6.09.2011 n. 159 e successive modifiche e al casellario della Procura per quanto riguarda l'assenza di stato di fallimento, l'assenza di liquidazione coatta, l'assenza di concordato preventivo e l'assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni.

Il possesso della personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private è stato verificato mediante accesso al sito "verifichepa" nel 10% delle SCIA e delle vigilanze routinarie.

Per la verifica della regolarità della continuità gestionale e finanziaria è stata acquisita entro il 30.06.2015 la relazione dei revisori contabili sul bilancio 2014.

Entro il 28.02.2015 sono state acquisite le autocertificazioni relative all'applicazione del D.Lgs. 231/2001 che la Responsabile dell'Ufficio di verifica amministrativa ha controllato a campione (10% UdO Vigilante) in sede di vigilanza valutando la relazione dell'organismo di vigilanza e le modalità di diffusione di tale documento.

CAPITOLO 3

CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA ANNO 2015 - UDO SOCIO-SANITARIE

3.1 Premessa

Il controllo di appropriatezza ha riguardato tutte le tipologie di UdO socio-sanitarie nella misura del 50% delle Unità d'Offerta, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 1765/2014. Il controllo di appropriatezza prevedeva tre fasi:

- **prima fase:** visita dei locali della struttura al fine di verificare lo svolgimento delle attività assistenziali ed animative e poter meglio orientare il controllo di appropriatezza ed eventualmente acquisire altri fascicoli oltre ai FaSAS campionati;
- **seconda fase:** analisi dei FaSAS campionati ovvero di almeno il 15% dei FaSAS relativi all'anno 2013 non escludendo il controllo dei FaSAS anno 2014, selezionati sia sulla base di alcuni indicatori di rischio (criterio mirato) che con criterio casuale; fanno eccezione i controlli per ADI e Riabilitazione in regime residenziale e ambulatoriale nei quali la quota di controllo è del 10% dei FaSAS relativi all'anno 2013 ferma restando la possibilità di procedere anche ai controlli sui FaSAS relativi all'anno 2014; durante tale fase saranno visionati anche i protocolli in uso;
- **terza fase:** stesura e condivisione del verbale.

3.2 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

Il controllo di appropriatezza nell'anno 2015 è avvenuto nelle UdO riportate nella Tabella 1 secondo i criteri di campionamento previsti dalla DGR 2989/2014 e con le modalità declinate nel piano controlli (Decreto ASL n. 66/2015) ed ha riguardato le seguenti tipologie di UdO socio-sanitarie:

Tipologia Udo	N° Unità d'Offerta controllate alla data del 31.12.2015	Obiettivo pianificazione 2015
RSA	52	43
CDI	31	27
Hospice	2	2
Consultori familiari privati	9	9
Cure intermedie/riab. ambulatoriale	2	2
SMI	2	2
Comunità dipendenze	12	12
Consultori familiari pubblici (ASL di Mantova)	7	7
SerT pubblici (ASL di Mantova)	3	3
ADI pubblica (ASL di Mantova)	1	1
ADI	17	17
CDD	16	16
CSS	11	11
RSD	3	3
TOTALE	168	155

Tabella 1 - Controllo di appropriatezza UdO socio-sanitarie: confronto UdO controllate entro il 31.12.2015 e UdO totali da controllare nell'anno 2015

Come si evince dalla **Tabella 1** la percentuale di UdO controllate è del 108% e quindi l'obiettivo 2015 è stato pienamente raggiunto. I controlli di appropriatezza hanno riguardato i seguenti punti:

- la classificazione utente ovvero la congruenza tra quanto rendicontato e quanto rintracciabile nella documentazione raccolta nel FaSAS;
- la coerenza tra le rendicontazioni effettuate con i flussi informativi, la valutazione multidimensionale e le prestazioni erogate;
- l'appropriatezza delle prestazioni con l'utilizzo degli indicatori e dei sottoindicatori previsti dalla DGR 1765/2014.

Il controllo di appropriatezza è stato effettuato in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 1765/2014 applicando gli indicatori di appropriatezza e a partire dal mese di maggio 2015 sono stati verificati anche i requisiti previsti dalla DGR 2569/2014 ed in particolare i nuovi protocolli introdotti con tale norma suddivisibili in due categorie principali:

- i protocolli specifici per ciascuna UdO inerenti i processi assistenziali più rilevanti nonché il protocollo per l'approvvigionamento, conservazioni, somministrazione e smaltimento farmaci;
- le procedure per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico o amministrativo quali le procedure inerenti: i criteri di accesso dell'utente, le modalità di prelievo e conservazione/trasporto materiali organici, le modalità di disinfezione strumenti e accessori, la pulizia e sanificazione ambienti e la modalità di compilazione e gestione del FaSAS.

Per tutti i protocolli/procedure l'equipe ha verificato la diffusione degli stessi al personale di competenza.

Nella **Tabella 2** sono evidenziati il numero e la relativa percentuale di controllo sul totale programmato per il 2015, dei FaSAS controllati per ogni tipologia di UdO ispezionata. Gli obiettivi sono pienamente raggiunti per tutte le tipologie di UdO.

Il controllo di appropriatezza nelle UdO Socio sanitarie è centrato principalmente sul fascicolo sociosanitario assistenziale che deve essere costituito da tutte le sezioni previste dalle DGR 1765/2014 e 2569/2014. Durante l'ispezione dei FaSAS sono state verificate la **completezza, l'affidabilità, la correttezza e la congruenza delle informazioni contenute nel FaSAS**, che contiene tutta la documentazione riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenza del percorso clinico/terapeutico e assistenziale fornito dall'unità d'offerta.

Tipologia Udo	N° FaSAS controllati per Unità d'Offerta alla data del 31.12.2015	Obiettivo pianificazione 2015
RSA	556 (111%)	501
CDI	109 (131%)	83
Consultori familiari privati	325 (100%)	325
SMI	18 (150%)	12
Comunità dipendenze	57 (124%)	46
ADI-ADI Cure Palliative (somma controlli ex post ed in itinere)	140(144%)	97
Hospice	64 (100%)	64
Cure intermedie	33 (100%)	33
Riabilitazione ambulatoriale/domiciliare	126 (100%)	126
CDD	62 (102%)	61
CSS	22 (100%)	22

RSD	41 (100%)	41
Consultori familiari ASL di Mantova	105 (100%)	105
ADI ASL di Mantova	18 (100%)	18
SerT ASL di Mantova	15 (187%)	8

Tabella 2 – numero e percentuale FaSAS verificati nelle UdO sottoposte a controllo di appropriatezza nell'anno 2015

Durante i controlli di appropriatezza anno 2015 si è proseguito con l'utilizzo degli indicatori riportati nella DGR 1765/2014 e i sottoindicatori con compilazione delle relative schede per ogni tipologia di UdO (nota del 20/02/2015 prot. n.0023838/15).

Il controllo di tali indicatori al termine dell'anno 2015 risulta consolidato e dall'applicazione di tali indicatori sono emerse criticità nel controllo degli stessi durante i sopralluoghi nelle UdO socio-sanitarie.

Per quanto riguarda gli **indicatori generali**, parlando complessivamente per **tutte le UdO** socio-sanitarie, il quesito più frequente posto all'equipe dai Rappresentanti degli Enti Gestori, era riferito alla differenza esistente tra progettazione e pianificazione, in quanto non risultava chiara la distinzione tra i due requisiti, che in realtà non devono necessariamente costituire due documenti distinti bensì possono rappresentare due fasi distinte del processo assistenziale. Gli indicatori generali, ovvero la valutazione dell'utente, la redazione del progetto/piano, la coerenza tra valutazione e progettazione e tra progettazione e interventi attuati nonché la congruenza delle registrazioni nel FaSAS degli interventi con i flussi informativi sono risultati soddisfatti nel 98% delle UdO vigilate nel primo semestre e nel 97% nel secondo semestre. Tale percentuale, comunque molto elevata, denota la lunga e costante attività di consulenza e formazione effettuata con le UdO a partire dall'anno 2013 in seguito alle disposizioni della DGR 4980/2013; la riduzione di un punto percentuale è dovuta, come successivamente descritto, ad una riduzione delle percentuali di soddisfazione di tali indicatori nelle RSA.

Nel 2015 **nelle RSA** è emerso il problema della firma del consenso informato per l'applicazione dei mezzi di protezione e tutela. Si precisa che la percentuale di applicazione del mezzo di protezione e tutela nei FaSAS visionati è risultata del 69,1% ovvero quasi n. 70 ospiti su n. 100 necessitano di mezzi di protezione e tutela nel primo semestre mentre nei controlli del secondo semestre sono risultati applicati nel 64,4% dei FaSAS.

L'indicatore 2.2 (presenza del consenso per l'applicazione del mezzo di contenzione) non risulta sempre pertinente poiché in molti FaSAS il consenso per l'applicazione dei mezzi di protezione viene sottoscritto, come presa visione, dal parente/caregiver in quanto l'utente è cognitivamente compromesso (MMSE<19) e non è stato nominato l'Amministratore di Sostegno/Tutore.

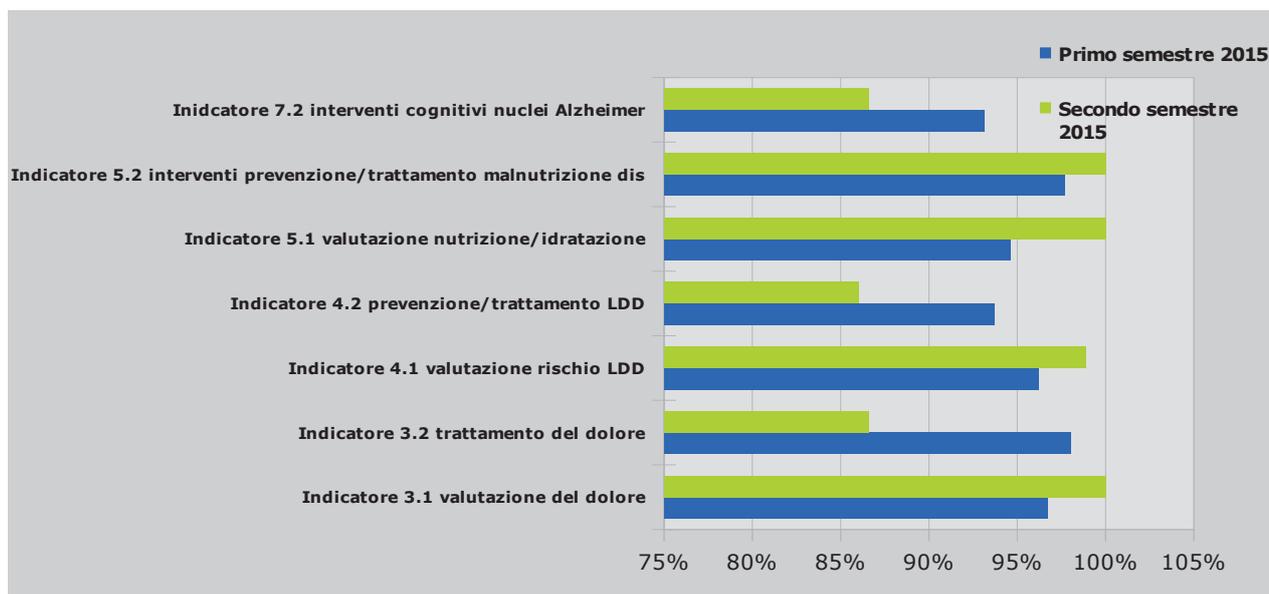


Grafico 1: Indicatori specifici con maggiori criticità in RSA: confronto percentuali

di soddisfazione nei 2 semestri dell'anno 2015

Nelle RSA controllate sono risultati carenti, ovvero soddisfatti in percentuali minori del 95%, soprattutto alcuni indicatori specifici (**Grafico 1**) riportati successivamente in base alla percentuale di soddisfazione, ovvero in quanti FaSAS verificati è stata riscontrata la soddisfazione dell'indicatore:

- indicatore 4.2 inerente la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nel secondo semestre è soddisfatto nell'86% dei FaSAS visionati: sono risultati carenti gli interventi di prevenzione (posizionamento presidi quali materassino/cuscino) e in alcuni casi è risultato incompleto il monitoraggio delle lesioni (descrizione della lesione e rivalutazione periodica). Tale indicatore è peggiorato rispetto ai controlli del primo semestre nel quale la percentuale risultava al 93.7%;
- indicatore 7.2 inerente gli interventi di stimolazione cognitiva nei nuclei dedicati a pazienti con demenza di Alzheimer nel secondo semestre ha raggiunto una percentuale di soddisfazione del 86,6% che è inferiore rispetto alla percentuale raggiunta nel primo semestre che risultava del 93.1%. Tale percentuale deve essere analizzata tenendo in considerazione la bassa applicabilità dell'indicatore stesso (8%) essendo tali nuclei presenti solo in alcune RSA visionate. È comunque indice di persiste una certa difficoltà nell'applicazione o nella registrazione degli interventi effettuati di stimolazione cognitiva;
- indicatore 3.1 inerente la presenza della valutazione del dolore ovvero delle scale appropriate di valutazione: tale indicatore è risultato essere migliorato in termini percentuali di soddisfazione poiché rispetto al primo semestre in cui risultava soddisfatto nel 96.7% dei FaSAS, nel secondo semestre 2015 tale percentuale è salita al 100%;
- indicatore 3.2 inerente il trattamento del dolore di tutti gli episodi algici: in pochi FaSAS tale indicatore è risultato applicabile (8%) in quanto dalle scale di monitoraggio del dolore non si evidenziavano algie tali da necessitare terapie fisiche e/o farmacologiche. La percentuale di soddisfazione di tale indicatore è risultata essere del 86,6% nel secondo semestre e risulta quindi diminuita rispetto al primo semestre 2015 che era del 98%;
- indicatore 4.1 relativo alla valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione, nel secondo semestre è soddisfatto nel 98,9%. Esso risulta aumentato rispetto al primo semestre 2015, nel quale aveva ottenuto una percentuale del 96.2% indicando una maggior attenzione nella somministrazione delle scale Braden o Norton (scale molto utilizzate dalle UdO verificate);
- indicatore 5.2 inerente gli interventi messi in atto in caso di malnutrizione e/o disidratazione per prevenire/monitorare tale condizioni: nelle UdO visionate tale indicatore, che nel primo semestre 2015 era soddisfatto nel 97.7% dei FaSAS, nel secondo semestre 2015 è risultato soddisfatto nel 100% dei casi visionati. Si evidenzia che tale indicatore risultava applicato solo nel 27,9% dei FaSAS e ciò dimostra che sono stati pochi i casi di malnutrizione/disidratazione nelle RSA controllate.

Nei controlli del secondo semestre l'indicatore che è risultato più carente è stato, a differenza del primo semestre, l'indicatore generale 4 ovvero la congruenza tra i dati rendicontati nel flusso informativo e quanto riportato nel FaSAS in particolare per le lesioni da decubito, le cadute e i mezzi di protezione e tutela che differivano da quanto rendicontato sulla scheda SoSIA; per tali incongruenze la percentuale di soddisfazione di tale indicatore è risultata essere del 90,3% mentre nel primo semestre era del 93,2%.

Nel primo semestre 2015 al 3% delle UdO controllate è stata inoltrata lettera di prescrizioni poiché la percentuale di accettabilità risultava inferiore al 95%; nel secondo semestre tale percentuale è salita al 31,25% e complessivamente nell'anno la percentuale è del 15,6%. Per quanto riguarda gli indicatori di appropriatezza la DGR 1765/2014 ha previsto per le UdO **per Tossicodipendenti**, in quanto si è in attesa di una revisione della normativa specifica, la verifica dei soli indicatori generali. Nelle n.12 **Strutture residenziali per tossicodipendenti** controllate nell'anno 2015 nei FaSAS erano presenti sia la valutazione dell'utente che i progetti/piani con gli aggiornamenti effettuati nelle tempistiche previste; il progetto/piano risultava coerente con la valutazione e anche con gli interventi attuati. Tutti gli indicatori erano soddisfatti al 100%.

Negli **SMI** gli indicatori generali sono risultati soddisfatti al 100% per quanto riguarda la presenza della valutazione/rivalutazione dei bisogni (ind. 1), per la coerenza della stessa con la progettazione (ind. 3.1) e per la coerenza della pianificazione con gli interventi effettuati (ind. 3.2). L'indicatore 2 (esistenza della progettazione e tracciabilità interventi) e l'indicatore 4 (congruenza con i flussi) sono stati soddisfatti rispettivamente nel 61,1% e nel 94,4% dei FaSAS visionati, quindi rispetto alle percentuali del 2014 che risultavano entrambe del 100% le UdO controllate nel 2015 sono risultate più carenti.

Nel primo semestre 2015 per i **Centri Diurni Integrati** è stato raggiunto l'obiettivo del piano controlli ovvero il 50% di tale tipologia di UdO è stato sottoposto a controllo di appropriatezza.

Tutti gli indicatori, generali e specifici, sono risultati soddisfatti con percentuali superiori al 95%. Gli indicatori meno applicati sono stati:

- la prescrizione medica per l'applicazione dei mezzi di contenzione (indicatore 2.1) risultavano del 13,5% nel primo semestre mentre nel secondo semestre 2015 è stata del 7,6%; tale percentuale è comunque molto bassa in quanto all'interno dei CDI l'utenza tipica è parzialmente autosufficiente;
- l'indicatore 4.2 risulta con una percentuale di applicabilità del 17,7% in quanto la valutazione nutrizionale effettuata a tutti gli utenti ha rilevato uno stato di malnutrizione/disidratazione in pochi casi tra quelli controllati; nel secondo semestre tale percentuale è nulla in quanto in nessun caso valutato è stato necessario intervenire;
- l'indicatore 1.2 relativo agli interventi di prevenzione cadute per gli utenti a rischio è risultato applicabile nel 32,2% nel primo semestre e nel 23,0% nel secondo semestre 2015 poiché la scala Tinetti, utilizzata per tale valutazione, non evidenziava molte situazioni a rischio;
- la progettazione di interventi per il decadimento cognitivo nel secondo semestre è stata applicata nel 61,5% dei casi visionati mentre nel primo semestre risultava applicata nel 45,8% dei casi.

Nel secondo semestre sono stati controllati 4 CDI nei quali un indicatore è risultato più carente ovvero l'indicatore specifico n.3 (valutazione del dolore) la cui percentuale di soddisfazione è stata del 92,3%.

Gli Enti Gestori privati accreditati di **Assistenza Domiciliare Integrata** verificati nell'anno 2015 gli indicatori per le cure palliative sia ex-post che in itinere sono risultati soddisfatti nel 100% dei FaSAS così come gli indicatori per l'ADI ordinaria in itinere. Per quanto riguarda l'ADI ordinaria ex-post gli indicatori di appropriatezza richiesti e verificati hanno riportato nell'anno 2015 percentuali carenti in alcuni indicatori come evidenziato nel **Grafico 2**. Tra gli indicatori più carenti nel primo semestre vi era la valutazione del dolore che era soddisfatta nel 65% dei casi visionati; nel secondo semestre 2015 tale percentuale è aumentata al 76,4% pur essendo al disotto dell'accettabilità, si è notato un consistente miglioramento. Per la valutazione del rischio di sviluppare lesioni da pressione la percentuale di soddisfazione del primo semestre 2015 era del 76% mentre nel secondo semestre è risultata del 70,5%. La gestione delle lesioni da pressione è rimasta invariata rispetto al primo semestre ovvero la percentuale di soddisfazione di tale indicatore è stata del 100% su tutto l'anno, risultando migliorata rispetto ai controlli del 2014 (90%).

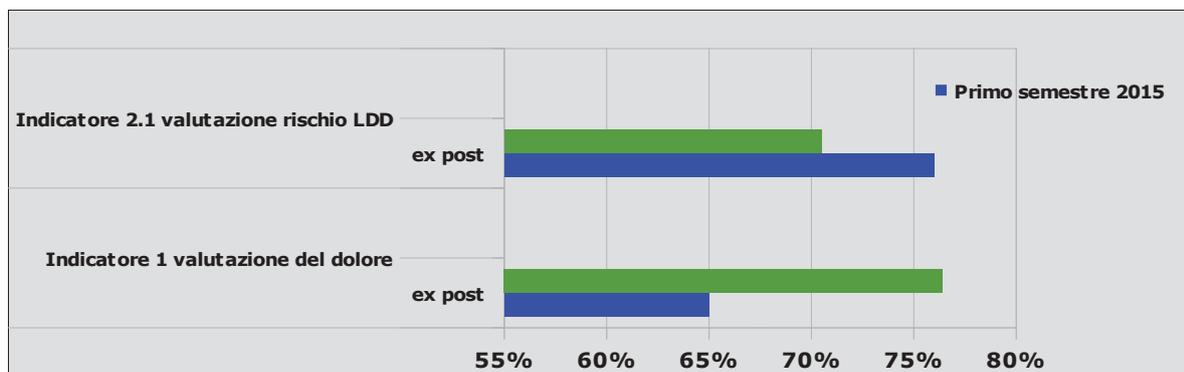


Grafico 2: confronto indicatori specifici più critici dell'ADI ordinaria ex post anno 2015

Nei **Consultori Familiari Privati** controllati le maggiori criticità emerse nelle verifiche dell'anno 2014 erano relative al Progetto/Pianificazione; infatti l'indicatore generale 2 era soddisfatto complessivamente nel 93,8% dei casi nelle UdO verificate. A tal proposito i progetti visionati risultavano a volte carenti nelle revisioni o in alcuni elementi specifici (indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi, condivisione con l'utente). Nel 2015 la percentuale di soddisfazione di tale indicatore è salita al 99,1% nel primo semestre al 98,5 nel secondo semestre, mentre per quanto riguarda l'indicatore della congruenza con il flusso la percentuale è risultato inferiore al 95% ovvero 94,3% nel primo semestre e 94,8% nel secondo semestre in quanto si sono riscontrate molte imprecisioni soprattutto sulle date di rendicontazione oppure sulle tipologie di prestazioni.

Sia per i controlli degli indicati generali per le UdO **cure intermedie** e **riabilitazione ambulatoriale** che per gli indicatori sia generali che specifici degli **Hospice** le percentuali di soddisfazione raggiunte sono state del 100%.

Il controllo di appropriatezza effettuato sulle UdO gestite direttamente dall'ASL di Mantova, relativo alle vigilanze incrociate previste dalla DGR 2989/2014, ha riguardato 7 consultori famigliari, 3 SerT e 1 ADI. Le percentuali di soddisfazione degli indicatori per quanto riguarda l'ADI sono risultate del 100%. I consultori sono risultati carenti per quanto riguarda l'indicatore 2 (progettazione/pianificazione/tracciabilità) per il quale la percentuale di soddisfazione è stata del 97,2% e per l'indicatore 4 (congruenza con i flussi) con una percentuale di soddisfazione dell'83,3%; per quest'ultimo venivano rendicontati codici e date diversi da quelli riportati nei diari. Per i SerT l'indicatore più critico è stato il n.2 (progettazione/pianificazione/tracciabilità) in quanto la percentuale di soddisfazione è risultate essere dell'80% mancando in particolare la tracciabilità di alcuni interventi sul diario.

3.3 Sintesi dei controlli 2015 inerenti l'applicazione della dgr 2942/2014

In relazione **all'applicazione della DGR 2942/2014** (misure applicative della DGR 116/2013) sono state effettuate le vigilanze e il controllo di appropriatezza che, oltre alla verifica della corretta applicazione della normativa, si pongono l'obiettivo di evitare prese in carico inappropriate e quindi spreco di risorse economiche. Infatti è fondamentale tenere in considerazione l'obiettivo ultimo di tale DGR che consiste nel ridurre l'istituzionalizzazione degli utenti laddove sia considerato possibile sulla base di una dettagliata analisi dei bisogni.

La vigilanza e controllo di appropriatezza sono stati effettuati sugli interventi attivati nell'anno 2015 in n.17 UdO campionate e nel 15% dei FaSAS che avevano attivato le Misure 4; in tali UdO sono state controllate anche n.4 Misure 2.

Il controllo di appropriatezza ha riguardato un totale di n.84 FaSAS per la misura 4 e n.7 FaSAS per la misura 2 e la check-list di verifica comprendeva:

- l'effettiva presenza di PAI per ogni soggetto beneficiario;
- la condivisione del PAI con il soggetto beneficiario/familiari;
- la coerenza tra i soggetti in carico e la tipologia di utenza prevista;
- la presenza delle figure professionali necessarie per l'erogazione dei servizi/prestazioni/attività individuati nel PAI;
- la presenza per tutto il personale del titolo professionale di legge e, dove previsto, dell'iscrizione al relativo albo/ordine.

Il PAI in alcune UdO è risultato incompleto in particolare nella condivisione dello stesso con il caregiver/utente. Inoltre vi sono state tre prese in carico inappropriate in quanto è stato redatto

un progetto per soli interventi fisioterapici. Da parte delle Unità d'Offerta sono stati segnalati problemi e criticità sulle valutazioni iniziali effettuate dalle UCAM dell'ASL in quanto risultavano discordanti con quanto valutato dagli operatori delle UdO.

Per quanto riguarda lo standard gestionale organizzativo e strutturale tecnologico delle n. 17 strutture vigilate i requisiti previsti dalla DGR 2942/2014 risultavano rispettati. L'unica difficoltà riscontrata per la Misura 4 è stata la modalità di rendicontazione separata degli operatori coinvolti nell'assistenza di tale specifica utenza.

Per quanto riguarda la Misura 6 le commissioni di vigilanza delle DGD (incaricate di vigilare le UdO sociali) hanno effettuato i sopralluoghi presso tutte le Comunità minori territoriali ovvero Comunità Educative, Comunità Familiari e Alloggi Protetti per l'Autonomia (n.25 UdO) e hanno inviato alla UO vigilanza erogatori socio-sanitari tutti i verbali, che sono stati inoltrati alle ASL lombarde di residenza dei minori inseriti in tali strutture.

CAPITOLO 4

VIGILANZA E CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA 2015-AREA DISABILITA'

4.1 Premessa

Le vigilanze dell'area disabilità per la verifica dei requisiti organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici e per i controlli di appropriatezza nell'anno 2015 sono stati svolti da un'equipe dedicata, successivamente descritta nel dettaglio, che ha effettuato sinergicamente tutte le verifiche suddette. In tale area sono stati sottoposti a verifica anche i progetti sperimentali normati dalle DGR 3239/2012, DGR 499/2013 e DGR 6544/2014.

4.2 Sintesi delle vigilanze e dei controlli di appropriatezza effettuati nel 2015

Tipologia UdO	UdO Vigilante	UdO Controllo di appropriatezza	Obiettivo UdO	FaSAS verificati (15%)	Obiettivo n. FaSAS
CDD	16	16	16	61	61 (15%)
CSS	11	11	11	22	22 (21,55)
RSD	3	4	3	41	41 (16%)
Totali	30	31	30	124	124

Tabella 1: numerosità verifiche effettuate nelle UdO dell'area disabilità

La **Tabella 1** mostra l'attività svolta nel 2015 delle UdO dell'area disabilità. L'obiettivo per l'anno 2015 è stato raggiunto in quanto sono state verificate il 100% delle UdO programmate. Le problematiche riscontrate nell'applicazione della DGR 2569/2014, per quanto riguarda la documentazione prevista da tale normativa, sono state oggetto di condivisione di indicazioni da parte dell'ASL per arrivare ad una situazione stabile nella compilazione da parte degli Enti Gestori. Per quanto riguarda il controllo gestionale ed in particolare lo standard di personale, parte centrale dell'attività di vigilanza, la normativa specifica delle UdO di settore si muove per RSD/CDD su minutaggio, in base al livello di fragilità degli utenti, e su percentuali di personale sancite dalla norma e per le CSS su un minutaggio settimanale per ospite indipendente dal profilo assegnato dal SIDi. Si è rilevato che, a differenza degli anni scorsi, ormai lo standard si attesta nella maggior parte dei casi su standard minimi in particolare per CDD e RSD. Per le CSS lo standard garantito dalle UdO è doppio rispetto agli standard richiesti dalla normativa ed è comunque necessario nella maggior parte dei casi per garantire un'assistenza adeguata alla tipologia degli ospiti e alla loro permanenza a tempo pieno nella Comunità.

Nell'anno 2015 per il controllo di appropriatezza, per quanto riguarda gli indicatori generali indicati dalla DGR 1765, sono stati introdotti i sottoindicatori che determinano se l'indicatore indagato è soddisfatto. L'appropriatezza della presa in carico è definita dal fatto che, dati determinati bisogni della persona, identificati attraverso la valutazione multidimensionale, vengano progettati, pianificati, attuati e monitorati interventi appropriati.

Per quanto attiene i primi 3 indicatori generali possiamo dire che la relativa soddisfazione rientra ormai in una prassi operativa collaudata da anni che prende corpo all'interno delle procedure di orientamento ai servizi sin dalle prime fasi di presa in carico della persona e del suo progetto di vita.

Altro importante momento del controllo è stata la verifica della correttezza della diagnosi inserita nella parte dei dati anamnestici. Verifica che è stata possibile grazie alla presenza in commissione della figura del medico che verifica in particolare la correttezza del protocollo inerente la gestione dei farmaci. A tal proposito ad ogni CDD è stata data indicazione, in caso di presenza di bisogni sanitari che comportano l'assunzione di terapie farmacologiche, di dotarsi della figura dell'infermiere per le ore ritenute necessarie.

Una delle criticità riscontrate è quella della tendenza, da parte del personale educativo, nel valutare la situazione meno grave di quella documentata nel FaSAS. Permane comunque, in alcuni casi, un certo scostamento tra la classificazione calcolata dal sistema SIDi e le necessità effettive dell'utente.

Per quanto riguarda il controllo di appropriatezza si è verificata l'applicazione degli indicatori e sottoindicatori specifici dell'UDO, che ripercorrono le voci SIDi, con aggiunta delle voci inerenti gli aspetti psico sociali e di vita di relazione. La congruenza delle risposte date è stata controllata attraverso una attenta presa visione del progetto individuale e del piano di assistenza individuale predisposto per la persona.

Per gli indicatori il controllo ha dato esito positivo ma da tali verifiche è emerso il bisogno, da parte di tutte le tipologie di UdO (RSD, CDD e CSS), di essere guidati in una corretta interpretazione della normativa ovvero la DGR 1765/2014.

Le verifiche effettuate sui progetti previsti dalla DGR 499/13 hanno riguardato n.3 progetti proposti da n.3 diversi Enti: BIOS coop. La Nuvola, FOBAP Onlus (Centro abilitativo per minori affetti da disturbi generalizzati dello sviluppo) e Antenne Sintonizzate Associazione Manrè. Per tali progetti sono stati controllati n.17 FaSAS totali e tale verifica ha avuto esito positivo.

Le verifiche inerenti i progetti previsti dalla DGR 392/13 e successive integrazioni hanno riguardato n.3 progetti E-CASE MANAGEMENT gestiti dalle Cooperativa la Rondine, La Nuvola e dalla Fondazione FoBAP. Per tali progetti sono stati controllati n.7 FaSAS totali e tale verifica ha avuto esito positivo.

CAPITOLO 5 **Pianificazione 2016**

5.1 Premessa

La Pianificazione 2016 è relativa alle attività di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie previste dalla normativa regionale vigente (legge regionale 12 marzo 2008, n.3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario e legge 30 dicembre 2009, n. 33, testo unico delle leggi regionali in materia di sanità cos' come modificata e integrata dalla legge regionale 11 agosto 2015 n. 23) e dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale (regole di sistema 2016 - DGR 4702/2015).

La funzione di vigilanza si svolge attraverso attività volte alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici di esercizio e di accreditamento previsti rispettivamente dalla DGR 2569/2014 e dalla normative specifiche di riferimento.

La funzione di controllo si svolge attraverso la verifica dell'appropriatezza erogazione delle prestazioni e della loro corretta rendicontazione attraverso l'applicazione degli indicatori di appropriatezza generali e specifici previsti dalla DGR 1765/2014.

La pianificazione 2016 rappresenta un atto programmatico territoriale a rilevante valenza strategica e costituisce uno strumento fondamentale a disposizione dell'ATS per declinare in concreto le azioni che verranno perseguite nei diversi ambiti di intervento (vigilanza sulle UdO Sociosanitarie private e pubbliche, sulle attività innovative, sulle UdO Sociali, valutazione della qualità delle prestazioni, controllo sulla correttezza dei flussi, controllo di appropriatezza, verifica dell'efficiente ed efficace utilizzo delle risorse allocate).

Le vigilanze e i controlli di appropriatezza nel 2016 avverranno in tutte le UdO indipendentemente dallo status erogativo (autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione) e non tralasceranno eventuali attività sociosanitarie per le quali si presuppone l'assenza di una corretta abilitazione all'esercizio.

L'ATS garantirà, nel corso del 2016, fino a diversa indicazione da parte di Regione Lombardia del passaggio delle funzioni all'Agenzia di controllo, la rendicontazione semestrale alla Direzione Generale Welfare dell'attività di vigilanza e controllo esercitata, secondo le modalità e le scadenze definite dalla stessa Direzione Generale.

5.2 Composizione delle equipè di vigilanza

Di seguito viene elencata la dotazione di personale della Vigilanza e Controllo Erogatori Socio-Sanitari provvisoriamente assegnato alla Direzione Sociosanitaria in attesa di definizione del nuovo POAS.

L'equipe è centralizzata e svolge le vigilanze e i controlli di appropriatezza su tutte le **UdO socio-sanitarie** del territorio dell'ATS di Brescia e risulta così composta:

- n° 1 medico igienista, Responsabile della Vigilanza e Controllo Erogatori Socio-Sanitari;
- n° 2 medici igienisti dipendenti;
- n° 1 assistente sanitario dipendente
- n° 3 infermieri dipendenti;
- n° 1 collaboratore amministrativo esperto dipendente;
- n° 1 tecnico della prevenzione dipendente;
- n° 1 ingegnere civile dipendente (dedicato per il 40% a tali attività; per il restante 60% dedicato all' Autorizzazione e Accreditamento Erogatori Sanitari, afferente al Dipartimento PAC);
- n° 1 assistente sociale dipendente (dedicata per il 40% a tali attività; per il restante 60% dedicata all' Acquisto e remunerazione prestazioni socio sanitarie);
- n° 1 educatore professionale dipendente (dedicato per il 28% del tempo pieno alla vigilanza delle unità d'offerta sociosanitarie per disabili; per il restante 72% dedicato alla Disabilità e Protezione Giuridica afferente al Dipartimento ASSI).

Per le vigilanze sulle UdO sociali l'equipe di vigilanza è in fase di riorganizzazione in quanto il personale adibito ad esse negli anni precedenti è stato assegnato alle tre ASST di Brescia; tale equipe sarà costituita da assistenti sanitari, tecnici della prevenzione/medici igienisti e si avvarrà della consulenza di un assistente sociale.

5.3 Tipologia di visita ispettiva

Le vigilanze presso le UdO sono finalizzate all'obiettivo primario di tutela della salute e del benessere dell'utente e del cittadino in generale. Alla luce di tale obiettivo gli operatori della Vigilanza e controllo erogatori socio sanitari effettuano le verifiche presso le UdO garantendo l'omogeneità nei controlli.

Sono individuate alcune tipologie di vigilanze/verifiche documentali:

- vigilanze previste dal piano controlli per il raggiungimento degli obiettivi (anche dette Routinarie) al fine del controllo del mantenimento dei requisiti autorizzativi, di accreditamento (strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali). Per tali ispezioni non è previsto il preavviso;
- verifiche delle SCIA (Segnalazione Certificata di Inizio Attività), istanze di accreditamento, SCIA con contestuale richiesta di accreditamento e CPE per le UdO Sociali (Comunicazione Preventiva d'Esercizio). Per tali ispezioni è previsto il preavviso;
- vigilanze per il controllo di appropriatezza. Per tali ispezioni è previsto il preavviso;
- visite straordinarie, eseguite su segnalazioni o a seguito di richieste pervenute da altri enti;
- per quanto riguarda i requisiti soggettivi per esercizio/accreditamento si procederà alle verifiche di legge a campione delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive inviate alla Vigilanza e controllo erogatori sociosanitari, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.;
- attività di controllo ai sensi dell'art. 23/25 del CC sulle Fondazioni svolta da una Commissione di vigilanza che afferisce attualmente alla Direzione Amministrativa (decreto n. 630 del 18.12.2014).

5.4 Verbale di vigilanza e Check-list di appropriatezza

La vigilanza ed il controllo di appropriatezza si compiranno attraverso ispezioni in loco disgiunte, non escludendo, in casi specifici, la concomitanza, al termine delle quali verranno redatti:

- il verbale di vigilanza che presenta tutti gli elementi previsti dalla DGR 2569/2014 e normative specifiche;
- la check-list di appropriatezza ai sensi della DGR 1765/2014, che diventa parte integrante del verbale di sopralluogo.

A tal proposito, Regione Lombardia, per uniformare le vigilanze ed il controllo di appropriatezza in tutte le ATS presenti sul territorio Lombardo, ha introdotto, già dal 2015 delle apposite check-list di appropriatezza per tutte le unità d'offerta, mentre successivamente dei verbali specifici per le RSA ed i CDI.

I suddetti sono costituiti dai seguenti elementi:

Per verbali RSA e CDI

- 1) numero di identificazione del verbale;
- 2) indicazione di data ed ora;
- 3) luogo dell'ispezione, tipologia e dati identificativi dell'unità d'offerta o dell'attività sottoposta al sopralluogo;
- 4) nominativo, qualifica e unità organizzativa di appartenenza degli operatori che hanno effettuato il sopralluogo, con l'individuazione del responsabile dell'istruttoria;
- 5) identificazione mediante carta d'identità degli operatori dell'unità d'offerta che prendono parte al sopralluogo;
- 6) esplicitazione degli obiettivi e del campo di azione dell'ispezione;
- 7) elenco dei requisiti di esercizio e di accreditamento previsti dalla 2569/2014 e dalle specifiche DGR di riferimento suddivisi in:
 - *requisiti organizzativi e gestionali*

- *requisiti strutturali e tecnologici*

- 8) eventuale documentazione acquisita agli atti;
- 9) osservazioni/azioni ed attività intraprese, elementi verificati, evidenze raccolte e risultati delle rilevazioni;
- 10) eventuali dichiarazioni e controdeduzioni formulate durante il sopralluogo dal legale rappresentante del soggetto gestore o, in sua assenza, del delegato o altra persona incaricata;
- 11) esito del sopralluogo, con valutazione sintetica finale ovvero con rimando alle ulteriori attività istruttorie, qualora l'attività di vigilanza necessiti di successivi approfondimenti, verifiche documentali o valutazioni ulteriori;
- 12) eventuale richiesta di documentazione integrativa con indicazione delle modalità e dei tempi di trasmissione della stessa;
- 13) indicazione dell'ora di chiusura del verbale;
- 14) firme degli operatori della ATS che hanno eseguito il sopralluogo e del legale rappresentante o, in sua assenza, del delegato o di altra persona presente al sopralluogo (oppure registrazione dell'eventuale rifiuto di questi ultimi alla sottoscrizione).

Per le altre tipologie di Udo verrà redatto un verbale che, pur non essendo stato predisposto da Regione Lombardia, presenta tutti gli elementi previsti dall'allegato 3 paragrafo 3 della DGR 2569/2014:

1. numero di identificazione del verbale;
2. indicazione di data, ora e luogo dell'ispezione;
3. nominativo, qualifica e unità organizzativa di appartenenza degli operatori che hanno effettuato il sopralluogo, con l'individuazione del responsabile dell'istruttoria;
4. identificazione degli operatori dell'unità d'offerta che prendono parte al sopralluogo;
5. identificazione di eventuali altre persone presenti al sopralluogo;
6. esplicitazione degli obiettivi e del campo di azione dell'ispezione;
7. dati identificativi dell'unità d'offerta o dell'attività sottoposta al sopralluogo e del legale rappresentante del soggetto gestore;
8. azioni e attività intraprese, elementi verificati, evidenze raccolte e risultati delle rilevazioni;
9. eventuale documentazione acquisita agli atti;
10. eventuale richiesta di documentazione integrativa con indicazione delle modalità e dei tempi di trasmissione della stessa;
11. eventuali dichiarazioni e controdeduzioni formulate durante il sopralluogo dal legale rappresentante del soggetto gestore o, in sua assenza, del delegato o altra persona incaricata;
12. esito del sopralluogo, con valutazione sintetica finale ovvero con rimando alle ulteriori attività istruttorie, qualora l'attività di vigilanza o controllo di appropriatezza necessiti di successivi approfondimenti, verifiche documentali o valutazioni ulteriori; firme degli operatori della ATS che hanno eseguito il sopralluogo e del legale rappresentante o, in sua assenza, del delegato o di altra persona presente al sopralluogo (oppure registrazione dell'eventuale rifiuto di questi ultimi alla sottoscrizione).

La Check-list di appropriatezza, allegata al verbale, comprende:

- numero verbale;
- data ed ora del sopralluogo;
- denominazione della struttura;
- codice struttura;
- indicatori generali e specifici con i relativi sotto indicatori;
- il FASAS controllato;
- il totale dei fascicoli esaminati e la percentuale raggiunta.

Le sopracitate tipologie di verbale, sono prodotte in due copie, una delle quali viene consegnata al legale rappresentante dell'Ente o suo delegato, mentre la check-list di appropriatezza potrà essere rilasciata in copia cartacea o in formato .pdf. In quest'ultimo caso verrà inviata successivamente al gestore mediante l'utilizzo della posta elettronica certificata.

I verbali verranno formulati e compilati mediante l'utilizzo dell'applicativo informatico Vividi, nel quale è inserita l'anagrafica di tutte le UdO sociosanitarie. L'applicativo (già in uso nell'anno 2015) consente sia di ridurre i tempi per la compilazione del verbale che di archiviare tutta la documentazione inerente l'attività di vigilanza in formato file. Tale sistema informatico viene utilizzato anche come database delle Udo presenti sul territorio dell'ATS e come scadenziario delle attività di vigilanza.

5.5 Pianificazione Vigilanza

L'attività di vigilanza proseguirà nel corso del 2016 seguendo le indicazioni della DGR 2569/2014 e della DGR 4702/2015.

ANNO 2016 - Strutture Private ATS di Brescia			
TIPOLOGIA STRUTTURA	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate	OBIETTIVO N. Strutture da vigilare anno 2016
RSA	86	85	44
CDI	54	54	26
Hospice	4	4	2
RSD	5	5	2
CDD	29	29	13
CSS	21	21	10
Cure Intermedie (di cui 2 ex post-acuti)	4	4	2
Riabilitazione ambulatoriale	4	4	2
Consultori Familiari	21	20	11
Comunità Dipendenze	23	19	12
Servizi Multidisciplinari Integrati	4	4	2
ADI	24	24	12
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	1	1	1
ANNO 2016 – Attività innovative ATS di Brescia			
Residenzialita' assistita per religiosi	2	2	1
Misura 2 "Residenzialita" leggera/assistita	12	12	6
Misura 4 "RSA Aperta"	41	41	21
ANNO 2016 - Strutture Pubbliche delle ASST di Brescia			
RSD (vigilata nel 2015)	1		0
Consultori Familiari	17		8
Servizi Territoriali per le Dipendenze	9		6
ADI (vigilata nel 2015)	1		1
	TOTALE		182

Nella tabella sovrastante è evidenziato il numero totale delle Unità d'Offerta censite al 01.01.2016 e il numero delle Unità d'Offerta da vigilare nel corso del 2016.

Per quanto riguarda le Unità di Offerta gestite direttamente dalle ASST, l'attività di vigilanza verrà effettuata dall' ATS di Brescia, come previsto dalla DGR 4702 del 29/12/2015.

L'attività di vigilanza per l'anno 2016 è volta a completare il programma biennale di verifica delle unità d'offerta sociosanitarie avviato nel 2015, in attuazione a quanto previsto dalla DGR 2569/2014 e dalla 4702/2015, riconducibili a:

A) Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento

A.1) Requisiti soggettivi per l'esercizio e l'accreditamento

In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla DGR 2569/2014 si provvederà ad effettuare le verifiche di legge su un campione pari ad almeno il 10% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e pari ad almeno il 50% delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle domande di accreditamento mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.;

A.2) Requisiti organizzativi e gestionali e requisiti strutturali e tecnologici

Saranno garantite le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate.

Per i sopralluoghi atti alla verifica dell'esistenza dei requisiti a seguito di SCIA e di istanze di accreditamento, nei casi in cui si ritenga necessario e per quanto possibile, si garantirà una programmazione integrata con le altre articolazioni aziendali.

B) Attività di vigilanza e controllo sulle Unità d'Offerta Sociosanitarie

B.1) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici

La programmazione 2016 sulla vigilanza garantirà le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici su almeno il 50% delle Unità di Offerta in esercizio presenti sul territorio dell'ATS di Brescia, individuate in modo da comprendere tutte le unità d'offerta non sottoposte a verifica dei requisiti strutturali e tecnologici nel 2015.

Per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie (periferiche o distaccate), saranno verificate tutte le sedi secondarie delle unità d'offerta scelte come oggetto di verifica ovvero le sedi distaccate dei consultori.

Saranno inoltre programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate delle criticità nel corso del 2015.

B.2) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi e di accreditamento

L'ATS di Brescia procederà alle verifiche di legge di almeno il 10% (calcolato sul numero degli Enti Gestori) delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione che i soggetti individuati dalla stessa DGR sono tenuti a presentare entro il mese di gennaio e in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

B.3) Vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento

La programmazione 2016 sulla vigilanza garantirà le verifiche del mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi su almeno il 50% delle Unità di Offerta in esercizio presenti sul territorio dell'ATS di Brescia, individuati in modo da comprendere tutte le unità non sottoposte a verifica dei requisiti gestionali e organizzativi nel 2015.

Saranno inoltre programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate delle criticità nel corso del 2015.

B.4) Vigilanza sulle Unità d'offerta interessate da Piani Programma

Non sono presenti UdO in piano programma sul territorio dell'ATS di Brescia.

B.5) Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

Vedi paragrafo 5.6

B.6) Vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della DGR 116/2013

La programmazione 2016 garantirà la verifica su almeno il 50% sulle sperimentazioni delle unità d'offerta innovative.

B.7) Vigilanza sulla rete delle unità d'offerta sociali

Verranno garantite le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di esercizio pervenute all'ATS di Brescia; inoltre verrà garantita la vigilanza ordinaria sulle Unità d'offerta, non a carattere temporaneo, non sottoposte a vigilanza nel 2015, con particolare attenzione all'area minori e prima infanzia.

5.6 Pianificazione Appropriatelyzza 2016 (B.5)

Il sistema dei controlli deve garantire l'appropriatezza delle prestazioni anche identificando aree di miglioramento nell'erogazione dei servizi agli utenti. Per garantire un livello di qualità sempre più elevato è indispensabile e imprescindibile la presenza di un FaSAS (Fascicolo Socioassistenziale e Sanitario) completo, affidabile, corretto e congruente con quanto rendicontato nei flussi e con quanto effettivamente erogato all'utente. Nel FaSAS deve essere tracciabile il percorso clinico/terapeutico e assistenziale dell'utente nell'unità d'offerta. Tale percorso deve essere riportato inoltre nella relazione di dimissione prevista dalla DGR 2569/2014 come requisito generale di accreditamento, idonea per garantire la continuità assistenziale nei servizi residenziali e semiresidenziali.

Per i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, si applicheranno sia gli indicatori previsti dalla DGR 1765/14 che le check-list regionali di verifica.

Il controllo di appropriatezza avverrà nel 50% delle UdO in esercizio presenti sul territorio dell'ATS di Brescia. I controlli di appropriatezza saranno effettuati con preavviso all'ente gestore nella giornata precedente alla visita.

Le quattro fasi nelle quali si svolgerà il controllo saranno le seguenti:

- **prima fase:** visita all'interno dell'UdO al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per poter meglio orientare il controllo di appropriatezza; infine in tale fase è possibile individuare altri utenti oltre a quelli già campionati e verificarne i relativi FaSAS;
- **seconda fase:** analisi dei FaSAS campionati ovvero di almeno il 15% dei FaSAS relativi agli utenti rendicontati nell'anno 2015 per le UdO in regime residenziale e semiresidenziale; fanno eccezione per tali regimi i controlli per i CSS e i CDD nei quali la quota di controllo sarà del 30% e per le strutture di Cure Intermedie la cui quota sarà del 10% degli utenti rendicontati nel 2015. Per quanto riguarda il regime ambulatoriale/domiciliare (SMI, SerT e ADI) la quota di controllo sarà del 5% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; fanno eccezione le UdO di Riabilitazione ambulatoriale per le quali il campione sarà del 3% degli utenti 2015 e i consultori per i quali il campione, pur essendo anch'esso del 5%, sarà calcolato sui nuovi utenti che hanno usufruito di prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria; i campioni saranno selezionati per il 60% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel restante 40% con criterio casuale. Durante tale fase saranno visionati anche i protocolli in uso;
- **terza fase:** in caso di incoerenze emerse dall'analisi dei FaSAS e dei protocolli si procederà ad approfondire con la persona assistita o con i suoi familiari l'appropriatezza nella valutazione dei bisogni e nell'erogazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PI/Pai;
- **quarta fase:** stesura e condivisione del verbale secondo i contenuti e le modalità riportate nel par.5.4.

Le verifiche di appropriatezza saranno volte a verificare:

- la corretta classificazione degli ospiti nella rendicontazione dei flussi economici;
- la coerenza tra bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, progetto individuale, piano assistenziale e azioni effettivamente eseguite risultanti dal diario assistenziale;
- la congruenza fra quanto rendicontato nei flussi e quanto emerso dalla verifica del FaSAS;
- l'appropriatezza assistenziale (applicazione indicatori previsti dalla DGR 1765/2014);
- l'inserimento, sia nella pianificazione che nel diario assistenziale, degli interventi effettuati per garantire l'assistenza agli utenti durante il ricovero ospedaliero o nei soggiorni climatici (DGR 2569/2014 allegato 3).

Saranno svolte anche verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative ed in particolare sulle misure applicative della DGR n.116/2013 e delle DGR 2942/2014, DGR 3239/2012 (area disabilità) con le modalità e le percentuali previste per le altre UdO del medesimo regime.

Sarà verificata l'appropriatezza delle prestazioni nella nuova Unità d'Offerta residenziale a bassa intensità assistenziale dell'area dipendenze, come previsto dalla DGR 3945/2015.

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI (RSA)

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. I FaSAS saranno selezionati per il 60% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 40% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O; inoltre si verificheranno le RSA visitate nel 2015 nelle quali sono state riscontrate criticità.

Controlli da effettuare

L'attività di controllo verterà sulla verifica delle prestazioni erogate all'utente in termini di appropriatezza assistenziale ovvero si applicheranno gli indicatori di rischio della dgr 1765/2014 sia generali che specifici per l'RSA.

Oltre al controllo di appropriatezza assistenziale sarà effettuata la verifica della correttezza nella classificazione dell'utente e della congruenza tra quanto rendicontato e quanto rintracciato nel FaSAS; infine sarà verificata la coerenza tra i vari elementi costitutivi del FaSAS (Valutazione, progetto, piano, diario).

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza

Per definire il campione del 15% dei FaSAS da verificare nelle Strutture campionate si utilizzerà:

- per il 40% dei FaSAS il criterio casuale;
- per il 60% dei FaSAS il criterio mirato così suddiviso:
 - utenti per i quali sono state rendicontate nella scheda SoSIA: cadute, lesioni da pressione e applicazione di contenzione fisica;
 - utenti in classi SoSIA 7-8;
 - 20% degli utenti in nucleo Alzheimer (quando questo è presente).

Previsione anno 2016

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2016 che consiste nel controllo del 15% dei FaSAS; le strutture campionate sono il 50% delle RSA.

N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	Numero utenti rendicontati nel 2015 nel 50% UdO	N. FaSAS da controllare (15%)
44	5109	767

HOSPICE

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. I FaSAS saranno selezionati per il 60% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 40% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O

Controlli da effettuare

In particolare l'attività comprenderà il controllo di appropriatezza assistenziale utilizzando sia gli indicatori di controllo generali che specifici per gli Hospice e si articolerà secondo le quattro fasi sopra specificate. Saranno oggetto di controllo specifico:

- rispetto dei criteri di eleggibilità (DGR 4610/2012);
- rilevazione e gestione del dolore;
- le procedure e linee guida inerenti l'accompagnamento al fine vita;
- la corretta stesura e diffusione dei protocolli;
- durata della degenza.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza

Per definire il campione del 15% dei FaSAS da verificare nelle Strutture campionate si utilizzerà:

- per il 50% dei FaSAS il criterio casuale;
- per il 50% dei FaSAS il criterio mirato ovvero gli utenti con ricoveri superiori ai 60 giorni di degenza, gli utenti con ricoveri ripetuti e infine gli utenti con ricoveri in diversi hospice.

Previsione anno 2016

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2016 che consiste nel controllo del 15% dei FaSAS calcolato sugli utenti dell'anno 2015 dei due Hospice campionati

N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	Numero utenti rendicontati nel 2015 nel 50% UdO	N. FaSAS da controllare (15%)
2	364	55

CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. I FaSAS saranno selezionati per il 60% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 40% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

Controlli da effettuare

Sarà effettuato il controllo di appropriatezza assistenziale utilizzando sia gli indicatori di controllo generali che specifici per i CDI e si articolerà secondo le quattro fasi sopra specificate. Verifica della presenza nel FaSAS della scheda CDI-WEB datata e firmata dal Responsabile Sanitario.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

La scelta del campione del 15% di FaSAS sarà effettuata sia con criterio casuale (40%) che con criterio mirato (60%) utilizzando come criteri "l'applicazione dei mezzi di protezione e tutela", l'evento "caduta" e la compromissione cognitiva; non si esclude la scelta di ulteriori FaSAS sulla base degli elementi rilevati durante la fase 1 del controllo (sopralluogo presso l'unità d'offerta) e cioè durante lo svolgimento dell'attività e dell'assistenza agli utenti.

Previsione anno 2016

Durante l'anno 2016 si procederà al controllo del 15% dei FaSAS nei CDI campionati; le strutture campionate rappresentano il 50% dei CDI totali.

N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	Numero utenti rendicontati nel 2015 nel 50% UdO	N. FaSAS da controllare (15%)
26	961	145

UDO CURE INTERMEDIE e RIABILITAZIONE AMBULATORIALE

Per le UdO Cure Intermedie il campione sarà calcolato sul 10% degli utenti rendicontati nell'anno 2015 e per quanto riguarda la Riabilitazione Ambulatoriale il campione sarà calcolato sul 3% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tali campioni riguarderanno utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. I FaSAS saranno selezionati per il 60% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 40% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

Controlli da effettuare

Sarà effettuato il controllo di appropriatezza utilizzando gli indicatori di controllo generali secondo le quattro fasi sopra specificate; non si verificheranno gli indicatori specifici in considerazione della revisione in atto del sistema.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

La scelta dei FaSAS da controllare, oltre che su base casuale (40%), avverrà con criterio mirato nel 60% dei casi tenendo conto:

- dei DRG con valorizzazione più elevata;
- del ricovero/prestazione ripetuto nell'anno;
- l'indice di rotazione sul posto letto;
- la percentuale di ospiti con durata del trattamento pari al valore di soglia.

Previsione anno 2016

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2016 e fissa il numero minimo indicativo di controlli da effettuare nelle Strutture riabilitative.

N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	CURE INTERMEDIE		AMBULATORIALE/ DOMICILIARE	
	Numero utenti rendicontati nel 2015 nel 50% UdO	N. FaSAS da verificare (10%)	Numero utenti rendicontati nel 2015 nel 50% UdO	N. FaSAS da verificare (3%)
2 su 4	706	71	1767	53

SERVIZI MULTIDISCIPLINARI INTEGRATI (SMI)

Il campione sarà calcolato sul 5% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. I FaSAS saranno selezionati per il 70% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 30% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

Controlli da effettuare

Sarà effettuato il controllo di appropriatezza utilizzando gli indicatori di controllo generali secondo le quattro fasi sopra specificate; non si verificheranno gli indicatori specifici in considerazione della revisione in atto del sistema.

Verrà inoltre verificata la congruità delle prestazioni registrate nel FaSAS con le prestazioni rendicontate con il flusso MFP.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

Il campione da controllare sarà individuato con criterio casuale nel 30% dei casi e con criterio mirato nel restante 70%:

- utenti con un numero di prestazioni del tipo "management clinico telefonico di paziente" superiore alla media ASL (criticità evidenziata nell'anno 2014-2015) per il 30%;
- gli utenti con maggiore frequenza di accessi al Servizio per il 20%;
- i gambliers per il 20%.

Previsione anno 2016

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2016 e fissa il numero minimo indicativo di controlli da effettuare negli SMI.

N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	Numero utenti rendicontati nel 2015 nel 50% UdO	N. FaSAS da verificare (5%)
2	1169	58

Servizi ambulatoriali per le dipendenze (SERT/NOA)

Il campione sarà calcolato sul 5% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. I FaSAS saranno selezionati per il 70% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 30% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

Controlli da effettuare

Sarà effettuato il controllo di appropriatezza utilizzando gli indicatori di controllo generali secondo le quattro fasi sopra specificate; non si verificheranno gli indicatori specifici in considerazione della revisione in atto del sistema.

Verrà inoltre verificata la congruità delle prestazioni registrate nel FaSAS con le prestazioni rendicontate con il flusso MFP.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

Il campione da controllare sarà individuato con criterio casuale nel 30% dei casi e con criterio mirato nel restante 70%:

- utenti con un numero di prestazioni del tipo "management clinico telefonico di paziente" superiore alla media ASL (criticità evidenziata nell'anno 2014-2015) per il 30%;
- gli utenti con maggiore frequenza di accessi al Servizio per il 20%;
- i gambliers per il 20%.

Previsione anno 2016

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2016 e fissa il numero minimo indicativo di controlli da effettuare nei SerT/Noa. In tali tipologie di UdO si andranno a verificare i FaSAS delle sedi non controllate nel 2015 dall'ASL della Valle Camonica ovvero n.2 NoA.

N. UdO DA CONTROLLARE (NOA)	Numero utenti rendicontati nel 2015	N. FaSAS da verificare (5%)
2	737	37

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI DELLE DIPENDENZE

Campione da controllare

Il campione sarà calcolato sul 15% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. I FaSAS saranno selezionati per il 60% sulla base di indicatori di rischio (criterio mirato) e nel 40% con criterio casuale, procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O; inoltre si verificheranno le Comunità visitate nel 2015 nelle quali sono state riscontrate criticità.

Controlli da effettuare

Sarà effettuato il controllo di appropriatezza utilizzando gli indicatori di controllo generali secondo le quattro fasi sopra specificate; non si verificheranno gli indicatori specifici in considerazione della revisione in atto del sistema.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

La scelta del campione del 15% di utenti sarà effettuata sia con criterio casuale (40%) che con criterio mirato (60%) utilizzando come criteri sia la durata della presa in carico che la presenza di trattamenti farmacologici neurolettici/ansiolitici, non escludendo la scelta di ulteriori FaSAS sulla base di elementi rilevati durante la prima fase del controllo: visita presso i locali della Struttura al fine di verificare lo svolgimento delle attività assistenziali ed educative e poter meglio orientare il controllo di appropriatezza ed eventualmente scegliere altri fascicoli oltre ai FaSAS campionati.

Previsione anno 2016

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2016 e fissa il numero minimo indicativo di controlli da effettuare nei Servizi delle dipendenze.

N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	N. Totale FaSAS Servizi Campionati	N. FaSAS da controllare (15%)
12	382	58

SERVIZIO ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)**Campione da controllare**

Il campione sarà calcolato sul 5% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016; saranno esclusi gli utenti per i quali sono state rendicontate solamente monoprestazioni (prelievi a domicilio, sostituzione cateteri vescicali e somministrazione terapia insulinica); il controllo di appropriatezza sia assistenziale che amministrativa sarà effettuato in parte ex-post attraverso l'analisi alla fine del periodo di validità del singolo titolo assegnato (90%) e in parte in itinere nel periodo in cui l'utente riceve la prestazione (10%), procedendo alla verifica del 50% delle U.d.O.

Controlli da effettuare

Durante il controllo dei FaSAS si verificheranno sia gli indicatori generali che specifici previsti dalla DGR 1765/2014 per adi cure palliative e per adi ordinaria.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

Gli utenti verranno selezionati nel 40% con criterio casuale e nel 60% con criterio mirato ovvero in base al profilo assegnato, alla presenza di lesioni da decubito e all'attivazione di prestazioni fisioterapiche.

Previsione anno 2016

La tabella seguente riporta la previsione per l'intero anno 2016 e fissa il numero minimo indicativo di controlli da effettuare presso gli Enti Gestori ADI o in sede ATS se l'Ente risulta accreditato presso altra ATS lombarda.

	N. UdO DA CONTROLLARE (50%)	NUMERO TOTALE Enti Gestori ADI al 31/12/2015	NUMERO TOTALE UTENTI ADI nel 2015	NUMERO FASAS ADI CAMPIONATI (5%)
ADI Gestione ASST	1	1	738	37
ADI privata	16	33	657	33

5.7 Pianificazione Appropriatelyzza e vigilanza 2016-Area disabilità

Campione da controllare

Il campione dei FaSAS nei CDD, CSS e RSD sarà calcolato sul 30% degli utenti rendicontati nell'anno 2015; tale campione riguarderà utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016.

Controlli da effettuare e modalità operative

Durante il controllo dei FaSAS si verificheranno sia gli indicatori generali che specifici previsti dalla DGR 1765/2014 per CDD, CSS e RSD.

Pertanto saranno oggetto di controllo la presenza e corretta compilazione del FASAS con particolare riferimento a:

1. completezza, affidabilità, correttezza delle informazioni contenute nel FASAS
2. tracciabilità del percorso clinico/P.I. con indicatori verifica raggiungimento obiettivi;
3. garanzia della continuità assistenziale;
4. coerenza tra P.I. programma interventi e diario degli interventi;
5. presenza di protocolli assistenziali;
6. P.I. con multidisciplinarietà degli interventi;
7. coerenza tra bisogni rilevati e figure professionali impiegate;
8. la coerenza della classificazione SIDi con i contenuti del FASAS evidenziando e concordando su eventuali variazioni degli item;
9. il livello di accettabilità complessivo, attraverso l'applicazione degli indicatori previsti per ogni UdO, risultante dall'esito del controllo su tutti FASAS campionati.

Al fine di favorire il confronto ed assicurare la presenza degli interlocutori che il Gestore reputa più idonei, per le attività ispettive relative ai soli controlli di appropriatezza viene introdotta la possibilità del preavviso entro il giorno lavorativo precedente il sopralluogo.

Nel corso delle visite per i controlli di appropriatezza viene prevista la visita all'interno della Unità d'Offerta, al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti, e qualora se ne ravveda la necessità non si esclude la possibilità di procedere ad ulteriori controlli di altri FASAS.

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica

La scelta delle Strutture da verificare sarà effettuata sulla base delle strutture non verificate l'anno precedente in modo tale da completare il programma biennale.

La scelta del campione del 30% di utenti sarà effettuata sia con criterio casuale (50%) che sulla base di criteri mirati (50%) che prevedono le seguenti priorità:

- FASAS di utenti mai controllati;
- FASAS di utenti inseriti dopo l'ultimo controllo effettuato;
- FASAS di utenti con passaggio di classe a seguito di rivalutazione da parte dell'ente gestore;
- FASAS di utenti classificati nelle classi SIDi estreme 1 e 5.

Previsione anno 2016

La tabella di seguito sintetizza la fotografia delle UDO attive nell'area della disabilità ad inizio 2016, le vigilanze effettuate nel corso del 2015 e quelle programmate sul 2016;

UNITA' D'OFFERTA	N. UNITA' D'OFFERTA AUTORIZZATE E ACCREDITATE 2016	N° VISITE PER CONTROLLO EFFETTUATE 2015	N° CONTROLLI APPROPRIATEZZA EFFETTUATI 2015	N° VISITE PER CONTROLLO PROGRAMMATE 2016	N° CONTROLLI APPROPRIATEZZA PROGRAMMATI 2016
RSD	5+1*	4**+1* (67%)* - (83%)*	41 (15%)	1 (17%)	23 (31%)
CDD	29	16 (55%)	61 (16%)	13 (45%)	85 (30%)
CSS	21	11 (52%)	22 (21,5%)	10 (48%)	30 (33%)
TOTALE	56	31+1*	124	24	138

* RSD SEPELLI GESTIONE ASL BS VIGILATA DALL'ASL VALCAMONICA

** COMPRESA UNA RSD CON ALCUNE CRITICITA' RILEVATE NEL 2014 E RISOLTE NEL 2015 ED UNA GESTIONE ASL BS CONTROLLATA DA ASL VALLECAMONICA

NB le visite ispettive programmate comprendono tutte le UDO non sottoposte a verifica nel 2015 anche se la percentuale è inferiore al 50% in quanto il 2015 ha visto un'attività ispettiva maggiore. La percentuale dei FASAS da controllare viene aumentata a minimo 30%.

5.8 Vigilanza e controlli 2016 sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative (B.6)

Per quanto riguarda le azioni innovative previste dalla DGR 3239/2012 e relative azioni migliorative previste dalla DGR 499/2013 si proseguirà nel monitoraggio, così come normato dalla DGR 2022/2014 e dal decreto 6544/2014, che hanno definito l'evoluzione di tali attività.

ANNO 2016 – Attività innovative ATS di Brescia		
	Numero Udo/misure al 01/01/2016	Obiettivo vigilanza e appropriatezza
Residenzialita' assistita per religiosi	2	1
Comunità Dipendenze Bassa Intensità	1	1
Misura 4 "RSA Aperta"	41	21
Misura 2 "Residenzialita" leggera/assistita	12	6

Come si evince dalla tabella sopra riportata saranno sottoposte a vigilanza e controllo di appropriatezza n.1 UdO di Residenzialita' assistita per religiosi, n.1 UdO Comunità Dipendenze Bassa Intensità e rispettivamente n.21 e n.6 UdO contrattualizzate per le misure 4 e 2.

In particolare in relazione **all'applicazione della DGR 2942/2014** (misure applicative della DGR 116/2013) saranno effettuate le vigilanze e i controlli di appropriatezza che, oltre alla verifica della corretta applicazione della normativa, si pongono l'obiettivo di evitare prese in carico inappropriate e quindi spreco di risorse economiche.

Il controllo di appropriatezza per le misure riguarderà:

- l'effettiva presenza di PAI per ogni soggetto beneficiario;
- la condivisione del PAI con il soggetto beneficiario/familiari;
- la coerenza tra i soggetti in carico e la tipologia di utenza prevista;
- la presenza delle figure professionali necessarie per l'erogazione dei servizi/prestazioni/attività individuati nel PAI;
- la presenza per tutto il personale del titolo professionale di legge e, dove previsto, dell'iscrizione al relativo albo/ordine.

Per quanto riguarda lo standard gestionale organizzativo e strutturale tecnologico saranno verificati i requisiti previsti dalla DGR 2942/2014.

Per quanto riguarda la Misura 6 la commissione di vigilanza delle UdO sociali effettuerà i sopralluoghi presso le Comunità minori territoriali ovvero Comunità Educative, Comunità Familiari e Alloggi Protetti per l'Autonomia nella misura del 100% delle UdO.

Il controllo di appropriatezza su tutti i progetti (**DGR 499/2013 e DGR 392/2013**) verrà effettuato anche nel 2016 in modo tale da tener monitorata la sperimentazione in atto.

PROGETTI IN ESSERE A GENNAIO 2016	UTENTI A GENNAIO 2016	N° CONTROLLI FASAS MIN. 30%
BIOS - COOP. LA NUVOLA	23	7
ANTENNE SINTONIZZATE – ASSOCIAZIONE MAMRE'	50	15
CENTRO ABILITATIVO PER MINORI AFFETTIDA DISTURBI GENERALIZZATI DELLO SVILUPPO	44	13
3 DGR 499	117	35
E-CASE MANAGEMENT – COOP. LA RONDINE	6	2
E-CASE MANAGEMENT – COOP. LA NUVOLA	10	3
E-CASE MANAGEMENT – FOBAP	19	6
3 DGR 392	35	11

CAPITOLO 6

VIGILANZA E CONTROLLO UDO SOCIALI

6.1 Premessa

La funzione di vigilanza e controllo delle Unità d'Offerta sociali è stata svolta, nell'anno 2015, da operatori delle Direzioni Gestionali Distrettuali (DGD) con professionalità diverse (assistente sociale, tecnico della prevenzione e medico igienista), come esposto in dettaglio nel paragrafo 5.2 del piano controlli 2015 (Decreto ASL n.66/2015).

6.2 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

La vigilanza sulle Unità d'offerta sociali che nell'anno 2015 competeva all'ASL, ai sensi della L.R. 3/2008, come previsto dal piano controlli, ha riguardato tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella DGR 7437/2008 e precisamente:

- Unità d'offerta per minori (nidi, micronidi, nidi famiglia, centri prima infanzia, centri ricreativi diurni, centri aggregazione giovanile, comunità familiari, comunità educative minori, alloggi per l'autonomia);
- Unità d'offerta per anziani (centri diurni, alloggi protetti);
- Unità d'offerta per disabili (centri socio educativi, servizi di formazione all'autonomia).

Come previsto dalla DGR 2989/2014 sono state escluse dal controllo le UdO a carattere temporaneo (Centri Ricreativi Diurni), ad eccezione delle nuove attivazioni tramite CPE.

La funzione è stata svolta da operatori delle Direzioni Gestionali Distrettuali (DGD) appartenenti a diverse figure professionali come esposto in dettaglio nel piano controlli 2015 (assistenti sociali, tecnici della prevenzione, medici igienisti).

Anche per le unità d'offerta sociali i controlli hanno riguardato gli aspetti strutturali, gestionali, tecnologici e organizzativi in conformità alla D.d.g. n. 1254 del 15.02.2010 avente ad oggetto "Prime indicazioni operative in ordine ad esercizio ed accreditamento delle unità d'offerta sociali".

I controlli effettuati sono stati programmati sia su richiesta dei Comuni, a seguito di attivazione di una nuova attività (CPE), sia su iniziativa delle Equipe territoriali seguendo criteri di "analisi del rischio": sicurezza sul lavoro, riservatezza dei dati, prevenzione incendi nonché i requisiti di igiene e sicurezza stabiliti da norme regionali.

AGGREGAZIONE DISTRETTUALE	OBIETTIVO UNITA' D'OFFERTA DA CONTROLLARE 2015	ATTIVITA' SVOLTA AL 31.12.2015	% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO AL 31.12.2015
DGD 1	38	42	110,5%
DGD 2	30	30	100%
DGD 3	19	23	121%
DGD 4	31	34	109%
DGD 5	34	39	114,7%
DGD 6	30	37	121,3%
Totale	182	205	112,6%

Tabella 1: Attività vigilanza sulle unità d'offerta sociali anno 2015

In tutte le DGD è stato raggiunto l'obiettivo della vigilanza ordinaria e sono state verificate il 100% delle CPE pervenute. La **Tabella 1** mostra l'attività di vigilanza suddivisa per Direzioni Gestionali Distrettuali (DGD); per ciascuna delle DGD l'obiettivo del 50% delle UdO sociali da verificare nel 2015 è stato ampiamente raggiunto (tabella 1).

Le UdO sociali sottoposte a verifica sono state oggetto di raccomandazioni in n. 92 controlli su n. 205 ovvero nel 45% delle vigilanze.

Dall'attività di vigilanza effettuata nelle strutture presenti sul territorio dell'ASL di Brescia si evidenzia che per l'area dei requisiti strutturali tecnologici nell'anno 2015 permaneva la difficoltà a visionare, in sede di sopralluogo, le certificazioni igienico-sanitarie, non per mancanza delle stesse, ma per l'assenza di un metodo efficace nella conservazione documentale da parte delle strutture. In alcune UdO verificate erano assenti alcune certificazioni strutturali (relazione antisismica e relazione acustica) in quanto risultano particolarmente onerose per tali tipologie di UdO.

In merito ai requisiti gestionali, si evidenzia che le strutture hanno predisposto il registro delle presenze del personale, che risulta uno strumento utile soprattutto per le strutture medio-grandi.

In alcuni servizi dedicati alla Prima Infanzia è risultato difficoltoso garantire, in alcune fasce orarie (prima mattina e tardo pomeriggio) e con la presenza di un numero molto ridotto di bambini, la compresenza di due operatori.

In una UdO per minori si è rilevato il superamento della capacità ricettiva.

Come previsto dalle procedure tecnico operative in materia di vigilanza socio-assistenziale viene data comunicazione ai Comuni delle carenze riscontrate affinché, in qualità di titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, possano assumere i provvedimenti previsti dalla Legge Regionale n. 3 del 12.03.2008 (art. 15 comma 3).

6.3 Pianificazione UdO Sociali

La vigilanza sulle Unità d'offerta sociali per l'anno 2016, ai sensi della L.R. 3/2008, riguarderà tutte le tipologie di UdO sociali elencate nella DGR 7437/2008 e precisamente:

- Unità d'offerta per minori (nidi, micronidi, nidi famiglia, centri prima infanzia, centri ricreativi diurni, centri aggregazione giovanile, comunità familiari, comunità educative minori, alloggi per l'autonomia);
- Unità d'offerta per anziani (centri diurni, alloggi protetti);
- Unità d'offerta per disabili (centri socio educativi, servizi di formazione all'autonomia).

Verrà garantita la verifica del 100% delle CPE pervenute anche per le UdO a carattere temporaneo, come previsto dalla DGR 4702/2015.

Al fine di attuare il principio per il quale deve essere assicurata la periodicità dei controlli almeno ogni due anni, la programmazione 2016 sulla vigilanza garantirà le verifiche sul mantenimento dei requisiti nelle UdO sociali a carattere non temporaneo non vigilate nell'anno 2015 (**Tabella 2**).

I controlli riguarderanno gli aspetti strutturali, gestionali, tecnologici e organizzativi seguendo le indicazioni procedurali del D.d.g. n. 1254 del 15.02.2010 punti 1.6, 1.7 e 2.6.

La programmazione comprenderà sia i controlli su richiesta dei Comuni a seguito di attivazione di una nuova attività (CPE) sia su iniziativa dell'Equipe di vigilanza seguendo criteri di "analisi del rischio": sicurezza sul lavoro, riservatezza dei dati, prevenzione incendi nonché i requisiti di igiene e sicurezza stabiliti da norme regionali.

Tabella 2: Programmazione UdO sociali 2016

TIPOLOGIA UNITA' D'OFFERTA SOCIO ASSISTENZIALE	N. UDO SOCIOASS. AL 31.12.2015	Numero UdO vigilate nell'anno 2015	Numero UdO da vigilare nell'anno 2016
NIDI	173	108	65
MICRO NIDI	23	21	2
NIDI FAMIGLIA	28	14	14
CENTRI PRIMA INFANZIA	4	1	3
CENTRI AGGREGAZIONE GIOVANILE	56	18	38
COMUNITA' FAMILIARE	4	4	0
COMUNITA' EDUCATIVE MINORI	20	15	5
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	8	5	3
CENTRI DIURNI ANZIANI	14	4	10
CENTRI SOCIO EDUCATIVI DISABILI	18	8	10
SERVIZI DI FORMAZIONE ALL'AUTONOMIA PER PERSONE DISABILI	12	5	7
ALLOGGI PROTETTI PER ANZIANI	6	2	4
Totale UdO	366	205	161
<u>Obiettivo 2016 (obiettivo: 100% UdO sommando anni 2015 e 2016)</u>	<u>161</u>		

CAPITOLO 7 **ATTIVITA' FORMATIVA**

7.1 Sviluppo delle abilità comunicative, organizzative e relazionali nel rapporto con l'utenza e la famiglia

Sviluppo ed acquisizione di specifiche abilità comunicative, relazionali e organizzative per poter meglio analizzare e soddisfare i bisogni dell'utenza/famiglia migliorando l'integrazione tra i vari ruoli, competenze e professionalità come indicato nella DGR 4702/2015.

Tipologia di formazione e durata dell'evento

Corso Residenziale n. 2 giornate

Indicatori di risultato

Creazione di strumenti di analisi del bisogno, sperimentazione dei processi comunicativi analizzando i comportamenti quotidiani lavorativi sia con gli utenti che con i membri stessi dell'equipe.

Destinatari

Numero 12 Operatori UO Vigilanza e Controllo (3 medici, 1 ingegnere, 1 amministrativa, 1 tecnico della prevenzione, 3 infermieri, 1 assistente sanitario, 1 assistente sociale, 1 educatore).

7.2 Verifica della qualità e appropriatezza delle cure: aspetti sanitari e socio-sanitari (corso programmato con U.O. vigilanza sanitaria)

Obiettivi formativi

- Promuovere qualità e appropriatezza
- Gestione e miglioramento della qualità dei servizi erogati dalle UdO vigilate

Tipologia di formazione e durata dell'evento

Formazione residenziale (Corso di ½ giornata frontale e ½ giornata sul campo da differenziare tra sanitario e socio-sanitario)

Indicatori di risultato

Addestramenti necessari legati a innovazioni normative

Destinatari

Sanitari, Amministrativi e Altre Figure

CAPITOLO 8

L'ESERCIZIO DELLA VIGILANZA E CONTROLLO EX ARTT.23 E 25 DEL C.C. SULLE PERSONE GIURIDICHE DI DIRITTO PRIVATO

8.1 Sintesi delle verifiche e dei controlli effettuati nel 2015

A seguito della L.R. n. 1/2000 con successive modifiche che individua le ASL, ora ATS, per la parte di rispettiva competenza le autorità preposte allo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo ex. artt. 23 e 25 del c.c. e della circolare del 14/11/2011 che fornisce indicazioni in ordine all'applicazione del regolamento regionale di istituzione del registro delle persone giuridiche private, si comunicano le principali attività svolte nel corso del 2015:

- Predisposizione dell'autocertificazione anno 2015 (bilancio 2014) e richiesta agli enti di predisposizione della stessa entro il 30 giugno c.a. in modalità telematica (mediante accesso al sito <http://pgp.aslbrescia.it>) mediante id e password d'ingresso;
- Richiesta di aggiornamento dell'anagrafica degli enti gestori e delle unità d'offerta socio-sanitarie alle fondazioni/associazioni aventi l'onere di compilare l'autocertificazione nell'applicativo web <http://pgp.aslbrescia.it>.
- Verifica puntuale sulle scadenze dei CdA degli Enti attivando la funzione di aggiornamento nello specifico portale.

Si è inoltre proceduto alla nomina, con decreto del Direttore generale n.278 del 28/5/2015, del Commissario Straordinario, a seguito della decadenza del Consiglio di Amministrazione, della Fondazione Bertinotti Formenti di Chiari e della mancata ricostituzione dello stesso da parte degli organi competenti. Tale compito si è concluso con la nomina del consiglio di amministrazione ed è stato svolto con competenza ed impegno da parte del Dott. Gianluca Fornari.

La Commissione di Vigilanza, nominata con decreto del D.G. n.389 del 17 luglio 2014, ha stabilito i criteri per scegliere gli enti da sottoporre a visita ispettiva per l'anno 2015 in numero di dieci (50% con estrazione casuale (n.5), 50% enti che presentano significative perdite di bilancio (n.5)).

Sono state effettuate le seguenti ispezioni in loco:

- Fondazione Serlini Residenza Sanitaria assistenziale (Ospitaletto);
- Fondazione Madonna del Corlo Onlus (Lonato);
- Fondazione Pio Istituto Pavoni (Brescia);
- Fondazione Martinelli Granata (Cologne);
- Associazione Croce Bianca (Brescia);
- Fondazione Soggiorno sereno Emilia ed Egidio Pasini (Odolo);
- Fondazione Guido ed Angela Folonari (Brescia);
- Associazione Casa Betel (Brescia);
- Fondazione Bettolini (Chiari);
- Centro assistenziale per anziani Valotti (Erbusco).

Per ogni visita ispettiva è stato redatto verbale sottoscritto dal rappresentante dell'Ente vigilato e dalla Commissione.

E' stata autorizzata azione di responsabilità nei confronti di amministratori uscenti su istanza presentata dal Presidente della Fondazione Casa di riposo Valotti di Isorella.

E' in fase di elaborazione un progetto sull'analisi dati di bilancio 2013 e 2014 relativi alle Fondazioni Rsa del territorio di competenza.

8.2 Pianificazione 2016

Si propone, per l'anno 2016 quanto segue:

- Pubblicazione su apposito applicativo web dell'autocertificazione dell'anno 2015 (bilancio 2014) per la compilazione da parte di tutte le Fondazioni/Associazioni iscritte nel Registro delle Persone Giuridiche Private che hanno accesso ad internet.
- Analisi di eventuali pratiche segnalate da Regione Lombardia o da altri soggetti pubblici/privati che necessitano di verifiche amministrative.
- Visite ispettive in loco di n.10 enti in base a criteri individuati dalla commissione di vigilanza istituita con decreto del Direttore Generale ASL n.389 del 17/07/2014 (prevista dalla D.G.R. n. X/1845 del 16/05/2014). Per ogni visita ispettiva verrà redatto apposito verbale.

CAPITOLO 9
UTILIZZO DELLE RISORSE ASSEGNATE PER LA VIGILANZA

9.1 Fondo 2014 (utilizzo per il 2015)

Decreto regionale n. 12674 del 23.12.2014; risorse assegnate € 206.800,00

Con Decreto del Direttore Generale dell'ASL di Brescia n. 43 del 22.01.2015 ad oggetto "Fondi regionali anno 2014 per il finanziamento delle funzioni trasferite in materia di vigilanza e controllo per la verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture socio assistenziali - Assegnazione all'ASL di Brescia ed agli Ambiti Territoriali. Programma di utilizzo."

L'ASL ha preso atto delle risorse assegnate, ha provveduto a trasferire le quote assegnate agli Ambiti distrettuali, pari ad euro 97.873,00 e a definire il programma di utilizzo delle risorse di propria competenza, in conformità a quanto previsto nelle indicazioni relative al piano controlli 2015, come indicato nella **tabella 1** seguente:

Ente	Contributo Regionale	Destinazione quote – decr. 43/2015	Quote impegnate	causale	Ns. decreti
Ambiti territoriali	€ 97.873,00	€ 97.873,00	€ 97.873,00	Trasferimento risorse agli ambiti	Decreto 43 del 22/01/2015
ASL BRESCIA	€ 108.927,00	€ 85.927,00 per personale interinale a supporto delle funzioni; € 23.000,00 software e hardware	€ 85.927,00	Personale interinale amministrativo	Quota parte decreto 329 del 24/06/2015 e decreto n. 665 del 03/12/2015
			€ 23.000,00	software e hardware	Decreto 43 del 22/01/2015

Tabella 1

Le risorse assegnate all'ASL di Brescia sono state utilizzate sia per la dotazione di strumenti informatici che per la dotazione di personale atto a garantire quanto dovuto dai servizi di vigilanza e controllo. Sono stati in particolare destinati dei fondi per l'assunzione di personale interinale adibito alle funzioni di segreteria e di vigilanza.

Le tabelle sottostanti riportano la rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite all'ASL a livello di costi assunti nel 2015 e di risorse impegnate per il 2016:

DECRETO/DETERMINE	ANNO	DESCRIZIONE	COSTI 2015
Decreto n. 43 22/01/15	2015	5 Licenze office	€ 2.198,13
Decreto n. 43 22/01/15	2015	PC, SCANNER, MONITOR E TIMBRATORI	€ 20.801,87

TOTALE ANNO 2015 € 23.000,00

DECRETO/DETERMINE	ANNO	DESCRIZIONE	IMPEGNATO 2016
Decreto n. 329 24/06/15	2016	Prestazioni lavoro interinale amministrativo 01/07/2015 al 31/03/2016	€ 1.312,27
Decreto n. 603 3/12/15	2016	Prestazioni lavoro interinale amministrativo 11/01/2016 al 30/06/2016	€ 16.157,88
Decreto n. 603 3/12/15	2016	IRAP Prestazioni lavoro interinale amministrativo 11/01/2016 al 30/06/2016	€ 1.372,40

TOTALE ANNO 2016 € 18.842,55

TOTALE COSTI P21 - Fondo Vigilanza decreto 12674 anno 2014 € 41.842,55

Per quanto riguarda la dotazione di strumenti informatici a partire nell'anno 2015 è stato implementato e messo a regime il verbale informatico redatto con l'applicativo Tekne (ViVIDI) nel quale è inserita l'anagrafica di tutte le UdO sociosanitarie, per consentire sia di ridurre i tempi per la compilazione del verbale che di archiviare in formato file tutta la documentazione inerente l'attività di vigilanza.