Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2020, n. 7-2645

Aggiornamento indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all'art. 26 comma 1 della L.R. 1/2004 e s.m.i. Revoca delle DDGR n.124-18354 del 14 aprile 1997 e n. 32-8191 del 11.02.2008.

A relazione dell'Assessore Caucino:

Con Leggi regionali n.16 del 29 luglio 2016 “Disposizioni di riordino e di semplificazione dell'ordinamento regionale nonché norme di prima attuazione dell'articolo 21 della legge regionale 29 ottobre 2015, n. 23 (Riordino delle funzioni amministrative conferite alle province in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56)” e n.15 del 9 luglio 2020 “Misure urgenti di adeguamento della legislazione regionale – Collegato” è stata modificata la Legge regionale n. 1 dell'8 gennaio 2004 “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento” per quanto riguarda, tra l'altro, la funzione di autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture, pubbliche e private, socio-assistenziali, socio-sanitarie e socio-educative, a carattere residenziale e semiresidenziale.

In particolare, la L.R. suddetta, all'art. 26 prevede:

1. al comma 2 bis, che la Giunta Regionale, sentita la competente commissione consiliare, individui una struttura di coordinamento regionale con lo scopo di:
 - a) coordinare le commissioni di vigilanza;
 - b) omogeneizzare i comportamenti delle commissioni anche attraverso specifici corsi di formazione;
 - c) monitorare le attività;
 - d) fornire supporto giuridico sull'applicazione delle norme;

2. al comma 4, che la Giunta Regionale, sentita la competente commissione consiliare, determini le modalità e gli indirizzi per l'esercizio delle attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture di cui sopra, attenendosi ai seguenti principi prioritari:
 - e) trasparenza delle procedure organizzative e amministrative anche attraverso l'osservanza di procedure formalizzate, prevedendo che una percentuale corrispondente ad almeno il 5 per cento dei sopralluoghi su base annua siano effettuati su strutture site in territorio non di competenza;
 - f) omogeneità delle procedure mediante l'utilizzo di una check-list regionale;
 - g) appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate;
 - h) documentabilità degli interventi;

3. al comma 4 bis, che le modalità individuate dalla Giunta regionale ai sensi del sopracitato comma 4 siano finalizzate al perseguimento dei seguenti obiettivi:
 - i) tutela dei fruitori dei servizi residenziali e semiresidenziali, soprattutto quelli in condizioni di maggior fragilità;
 - j) verifica del corretto adempimento e rispetto delle regole vigenti;
 - k) verifica dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi;
 - l) garanzia dell'uso appropriato delle risorse e della corretta competizione tra le strutture;
 - m) corretta e omogenea compartecipazione alla spesa dei fruitori delle prestazioni socio-sanitarie;

4. al comma 5, che la Giunta regionale presenti annualmente una relazione al Consiglio regionale in merito all'attività di vigilanza svolta sul territorio.

Ad oggi le competenze relative alla struttura di coordinamento di cui al comma 2 bis dell'art. 26 suddetto sono individuate nell'ambito del settore "Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità" della Direzione Sanità e Welfare, e per le stesse saranno dedicate risorse proprie ovvero distaccate da altre strutture della medesima o di altre Direzioni, nelle more di una riorganizzazione che individui una struttura autonoma, così come indicato nella legge, che si occupi delle tematiche complesse ed articolate che il tema vigilanza chiaramente manifesta.

Relativamente, invece, alle modalità di esercizio delle funzioni amministrative di vigilanza, sono tutt'ora vigenti le DDGR n. 124-18354 del 14 aprile 1997 e n. 32-8191 del 11.02.2008, in particolare quest'ultima per l'espletamento dell'attività di vigilanza sulle RSA gestite dalle Aziende Sanitarie Locali.

Tali provvedimenti risultano in parte non solo già superati da norme successive ma, altresì, non più rispondenti all'esigenza di garantire uno svolgimento omogeneo da parte delle ASL piemontesi dell'attività di vigilanza, considerata la maggiore consistenza numerica dei presidi soggetti a vigilanza, la vigenza di nuove normative sui requisiti strutturali e gestionali e, non ultimo, la crescente rilevanza che tale attività ha assunto rispetto alla tutela del cittadino in un contesto di piena applicazione del principio di libera scelta.

Risulta, pertanto, necessario aggiornare gli indirizzi per l'esercizio dell'attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza, nonché modalità organizzative che garantiscano trasparenza delle procedure organizzative e amministrative, omogeneità dei comportamenti, formazione, professionalità e competenza degli operatori, chiarezza di ruoli e responsabilità.

Tali indirizzi sono riportati nell'allegato A "Indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all'art. 26 comma 1 della L.R. 1/2004 e s.m.i.", alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Al fine di rendere omogenei e trasparenti i comportamenti dei servizi di vigilanza e controllo nell'esercizio delle proprie attività istituzionali, con successive determinazioni regionali saranno definiti i modelli base che gli enti vigilanti dovranno utilizzare per l'attività di vigilanza, nonché gli elementi specifici oggetto di controllo, predisponendo apposite check list per tipologie di presidio/utenza e per categorie di requisiti di autorizzazione e di accreditamento.

Il presente provvedimento produce effetti a decorrere dai seguenti termini:

- entro il 15 marzo 2021, le ASL e la Città di Torino devono:
 - o trasmettere alla Direzione Sanità e Welfare il Piano di Vigilanza Annuale di cui al punto 3 dell'allegato A suddetto, da riferirsi, in ogni caso, all'anno 2021 in corso;
 - o costituire le commissioni di vigilanza secondo quanto previsto al punto 2 dell'allegato A suddetto;
- dalla data di adozione per le parti che non richiedono l'adozione di check list, nelle more della revisione dei modelli organizzativi e delle procedure già in uso presso le ASL;
- dalla data di adozione delle determinazioni dirigenziali del Settore competente di approvazione dei modelli base che gli Enti vigilanti dovranno utilizzare per l'attività di vigilanza, nonché delle check list degli elementi specifici oggetto di controllo, e in ogni caso dal 31 marzo 2021, per la restante parte della disciplina di cui all'allegato A.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dalla LR 1/2004 e s.m.i. all'art. 26 comma 5, a decorrere dall'anno 2021, le ASL e la Città di Torino sono altresì tenute alla rendicontazione dell'attività (in termini di strutture visitate, tipologia di verifica effettuata, eventuali rettifiche richieste ai gestori, sanzioni applicate, ecc.) alla Direzione Sanità e Welfare, inviando apposita relazione entro il mese di marzo di ogni anno in corso sull'attività di vigilanza svolta nell'anno precedente, a partire dall'anno 2020.

Le DDGR n. 124-18354 del 14 aprile 1997 e n. 32-8191 del 11.02.2008 sono revocate a decorrere da quanto previsto nei suddetti punti inerenti i termini di efficacia della presente deliberazione.

Tutto ciò premesso;

vista la Legge n. 241 del 07.08.1990 e s.m.i.;

vista la L.R. 08.01.2004, n. 1 e s.m.i.;

visto il parere favorevole espresso dalla IV Commissione consiliare in data 14.12.2020;

dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto, in conformità a quanto disposto nel titolo 2, paragrafo 1, artt. 4-6 dell'allegato alla D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016;

la Giunta regionale, all'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge,

delibera

1. di approvare, in attuazione dell'art. 26 della LR 1/2004 e s.m.i., l'aggiornamento degli indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, così come specificati nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di demandare a successive determinazioni dirigenziali del Settore competente l'approvazione dei modelli base che gli Enti vigilanti dovranno utilizzare per l'attività di vigilanza, nonché delle check list degli elementi specifici oggetto di controllo, per tipologie di presidio/utenza e per categorie di requisiti di autorizzazione e di accreditamento;
3. di stabilire che il presente provvedimento produce effetti a decorrere dai seguenti termini:
 - o entro il 15 marzo 2021, le ASL e la Città di Torino devono:
 - trasmettere alla Direzione Sanità e Welfare il Piano di Vigilanza Annuale di cui al punto 3 dell'allegato A suddetto, da riferirsi, in ogni caso, all'anno 2021 in corso;
 - costituire le commissioni di vigilanza secondo quanto previsto al punto 2 dell'allegato A suddetto;
 - o dalla data di adozione per le parti che non richiedono l'adozione di check list, nelle more della revisione dei modelli organizzativi e delle procedure già in uso presso le ASL;
 - o dalla data di adozione delle determinazioni dirigenziali del Settore competente di approvazione dei modelli base che gli Enti vigilanti dovranno utilizzare per l'attività di vigilanza, nonché delle check list degli elementi specifici oggetto di controllo, e in ogni caso dal 31 marzo 2021, per la restante parte della disciplina di cui all'allegato A;
4. di stabilire che, a decorrere dall'anno 2021, le ASL e la Città di Torino sono altresì tenute alla rendicontazione dell'attività alla Direzione Sanità e Welfare, inviando apposita relazione entro il mese di marzo di ogni anno sull'attività di vigilanza svolta nell'anno precedente, a partire dall'anno 2020;
5. di revocare le DDGR n. 124-18354 del 14 aprile 1997 e n. 32-8191 del 11.02.2008 con effetto da quanto disposto nel punto 3 della presente deliberazione;
6. di dare atto che le competenze relative alla struttura di coordinamento di cui al comma 2 bis dell'art. 26 della LR n. 1/2004 e s.m.i. sono individuate nell'ambito del settore "Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità" della Direzione Sanità e Welfare;
7. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per il bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all'art. 26 comma 1 della L.R. 1/2004 e s.m.i.

1. FINALITA', COMPETENZA E AMBITI DI ATTIVITA'
 - 1.1 FINALITA'
 - 1.2 COMPETENZA
 - 1.3 AMBITO DI ATTIVITA'
2. MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DELLE AASSLL
 - 2.1 COMMISSIONE DI VIGILANZA
3. MODALITA' PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA
4. ATTIVITA' TECNICO-AMMINISTRATIVE
 - 4.1 VERIFICA DEI REQUISITI
 - 4.1.1 OGGETTO DELLE VERIFICHE
 - 4.1.2 ESITI DELLE VERIFICHE IN LOCO E CONTESTAZIONE DELLE VIOLAZIONI
5. ATTIVITA' EXTRA TERRITORIALI
6. TRASPARENZA
7. PROMOZIONE DELLA QUALITA' DELLA VITA E DEL BENESSERE PSICOFISICO. MONITORAGGIO DELLE AZIONI
8. FUNZIONI REGIONALI
 - 8.1 PRESIDIO A GESTIONE DIRETTA DELLE ASL

1. FINALITA', COMPETENZA E AMBITI DI ATTIVITA'.

1.1 FINALITA'

La legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1 e s.m.i, all'art. 26, commi 1 e 3, stabilisce che la funzione di vigilanza:

- consiste “nella verifica e nel controllo della rispondenza alla normativa vigente dei requisiti strutturali, gestionali e organizzativi dei servizi e delle strutture socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie [...] pubbliche e private a ciclo residenziale e semiresidenziale e, in particolare, nella verifica della qualità e dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate, al fine di promuovere la qualità della vita e il benessere fisico e psichico delle persone che usufruiscono dei servizi o sono ospitate nelle strutture”;
- comprende le seguenti attività tecnico-amministrative:
 - a) il rilascio, la modifica, la sospensione e la revoca del titolo autorizzativo all'esercizio e dell'accreditamento dei servizi e delle strutture di cui al comma 1;
 - b) la verifica ed il controllo dei requisiti strutturali, tecnici e gestionali, previsti per la tipologia di appartenenza dei servizi e delle strutture, dalle norme nazionali e regionali;
 - c) il controllo e la verifica della qualità dell'assistenza erogata nei confronti della generalità degli assistiti mediante indicazioni tecniche ed operative che consentano la revisione della qualità delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento continuo degli stessi;
 - d) la verifica della conformità dei presidi e dei servizi offerti agli obiettivi della programmazione regionale e locale;
 - e) la promozione della riconversione dei presidi ove ne ricorrano i presupposti.

L'esercizio dell'attività di vigilanza e controllo è quindi finalizzato a tutelare le persone che accedono alle strutture anche al fine di migliorare il loro benessere, attraverso la verifica di aspetti che hanno ricadute indirette sui destinatari delle prestazioni, quali il corretto adempimento e rispetto delle regole vigenti, e la verifica di aspetti che hanno ricadute dirette sui destinatari, quali l'efficacia e l'efficienza degli interventi, nonché la promozione della qualità del servizio.

1.2 COMPETENZA

La LR n. 1/2004 e s.m.i, all'art. 9, comma 5 septies, prevede che le funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture, di cui agli articoli 26, 27, 28, 29 e 30, siano esercitate dalle AASSLL, dalla Città di Torino e dalla Regione.

Sono soggetti passivi delle suddette funzioni e attività le strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, pubbliche e private, con esclusione delle strutture socio-sanitarie per adulti a carattere psichiatrico.

Alle AASSLL competono le funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza per i servizi e le strutture di cui all'art. 26 comma 1 della LR n.1/2004 e s.m.i. operanti sul proprio territorio, con esclusione di quelle delle quali è titolare dell'autorizzazione al funzionamento l'ASL stessa.

Alla Città di Torino competono le funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza per i servizi e le strutture di cui al citato art. 26 comma 1 operanti sul proprio territorio, con esclusione delle strutture residenziali e semiresidenziali destinate agli anziani autosufficienti e non autosufficienti e delle strutture, di cui all'articolo 26, comma 1, delle quali è titolare dell'autorizzazione al funzionamento il Comune stesso.

All'ASL Città di Torino competono le funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sulle strutture di cui al citato art. 26 comma 1 delle quali è titolare dell'autorizzazione al funzionamento la Città di Torino.

Le Aziende Sanitarie Locali e la Città di Torino esercitano la funzione di vigilanza e controllo nel rispetto delle indicazioni e delle linee guida definite dalla Regione.

Le indicazioni, le finalità e le procedure operative riferite alle attività di vigilanza delle AASSLL previste nel presente provvedimento si intendono estese alle attività di vigilanza del Comune di Torino, ove applicabili.

Alla Regione competono le funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza relative alle strutture, di cui al citato art. 26, comma 1, delle quali l'ASL è titolare dell'autorizzazione al funzionamento, in base alle modalità previste al punto 8.1 del presente provvedimento.

1.3 AMBITO DI ATTIVITA'

Gli ambiti, strettamente connessi e interdipendenti, in cui si svolgono le attività inerenti alla funzione di vigilanza sono:

- ambito di natura tecnica e vincolata, inerente la verifica dei requisiti di funzionamento (strutturali, tecnologici, organizzativi, gestionali e soggettivi del Legale Rappresentante e del Gestore) necessari per il conseguimento o il mantenimento del regime autorizzativo e di accreditamento, nonché il rispetto delle condizioni del contratto;
- ambito relativo al controllo di appropriatezza, riguardante direttamente i destinatari dei servizi, inerente alla verifica in termini assistenziali e organizzativi dell'erogazione delle prestazioni all'utente, alla verifica della corretta classificazione degli utenti in coerenza con le regole regionali per le specifiche tipologie di strutture, alla verifica dell'efficacia ed efficienza degli interventi, nonché l'uso appropriato delle risorse.
- ambito, di natura programmatoria e strategica, inerente alla qualità dei servizi erogati, dedicato alla valutazione della qualità dell'assistenza e del benessere degli ospiti, nonché alla promozione di azioni di miglioramento, le cui attività sono effettuate necessariamente, ma non esclusivamente, sulla base delle suddette verifiche che costituiscono in ogni caso condizione e premessa necessaria.

2. MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE DELLE AASSLL.

In ogni ASL è individuata, nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n. 42-1921 del 27.07.2015, la Struttura organizzativa Semplice o Semplice Dipartimentale denominata "Struttura Vigilanza", collocata, in relazione all'organizzazione aziendale adottata, in staff alla Direzione Generale ovvero all'interno del Dipartimento di Prevenzione.

A tale struttura compete la funzione di vigilanza sulle strutture sociosanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui alla LR 1/2004 e s.m.i..

A tale Struttura competono anche i procedimenti amministrativi di cui all'art. 26 comma 1 della LR n.1/2004 e s.m.i., come successivamente specificato al punto 4 del presente documento.

La Struttura opera avvalendosi della Commissione di Vigilanza.

La composizione e le funzioni della Commissione di Vigilanza sono definite al successivo punto 2.1.

Oltre alla dotazione di personale amministrativo necessaria per il funzionamento della Struttura ed al Responsabile, la dotazione organica della Struttura, nonché le risorse strumentali adeguate alle relative funzioni, deve essere individuata con la finalità di assegnare alla stessa personale che vi operi preferibilmente in via esclusiva quale componente della Commissione di Vigilanza ed in considerazione della numerosità, tipologia e complessità delle strutture presenti sul territorio.

I supplenti, che partecipano alle sedute e ai sopralluoghi in caso di impedimento o assenza del relativo componente titolare, possono essere individuati in personale avente i requisiti richiesti appartenente ad altre strutture organizzative dell'ASL.

Nella valutazione del fabbisogno di personale dovrà essere tenuta in debita considerazione non solo l'attività relativa alle ispezioni in loco, ma anche l'attività istruttoria relativa sia ai procedimenti ispettivi sia ai procedimenti amministrativi ad istanza di parte. Inoltre, sono da considerarsi le attività finalizzate a supportare i processi di miglioramento della qualità offerta ai cittadini da parte degli erogatori, così come di seguito definite, che possono anche sostanziarsi nell'elaborazione di linee di indirizzo di *buone prassi* a valenza territoriale.

Il Dirigente medico responsabile di tale struttura assume anche la funzione di Presidente della Commissione di Vigilanza, ed è il responsabile dei procedimenti amministrativi di competenza della Struttura.

Il Responsabile della Struttura Vigilanza provvede a:

- definire il calendario dell'attività ispettiva ed organizzare la stessa (individuandone tempi e modi) al fine del rispetto del **Piano di vigilanza annuale** (di cui al successivo punto 3);
- individuare all'interno dell'Azienda eventuali altri professionisti a supporto della Commissione, allorchè ciò si renda necessario in singole fattispecie in ragione delle specificità dell'attività istruttoria da condurre;
- garantire le funzioni di raccordo con la Direzione Distrettuale/Generale e con le Direzioni Regionali.

È, altresì, nella facoltà del Responsabile della Struttura effettuare nell'ambito di un medesimo procedimento più sopralluoghi, per la verifica di aspetti specifici e/o dell'ottemperanza alle prescrizioni impartite.

I procedimenti amministrativi dovranno essere condotti nel rispetto delle norme di cui alla L. 241/1990 ed alla L.R. 14 ottobre 2014, n. 14.

I procedimenti devono essere conclusi nei termini fissati dai rispettivi regolamenti aziendali. Ai sensi dell'art. 27, comma 2, della L.R. 1/2004, il termine per la conclusione del procedimento di autorizzazione è di 90 giorni dalla presentazione dell'istanza.

2.1 COMMISSIONE DI VIGILANZA.

In ogni Struttura Vigilanza opera un'apposita Commissione di Vigilanza alla quale sono affidate le attività di verifica e di ispezione presso i presidi oggetto di vigilanza. La Commissione viene costituita con provvedimento del Direttore Generale dell'ASL con previsione, per ciascuno dei componenti titolari, Presidente incluso, di uno o più supplenti che partecipano alle sedute e ai sopralluoghi in caso di impedimento o assenza del relativo componente titolare.

Oltre al Presidente - con funzioni organizzative, di coordinamento e di indirizzo - la Commissione di vigilanza deve essere composta da quattro componenti con specifiche ed idonee professionalità con riguardo a ciascuno dei seguenti aspetti:

Aspetti gestionali/organizzativi: da garantire mediante personale dell'Ente Gestore dei Servizi Socio Assistenziali competente per territorio e/o mediante personale inserito nella Struttura Vigilanza o proveniente da altre strutture organizzative dell'ASL con qualifica professionale coerente con l'ambito da controllare, da prevedersi obbligatoriamente in caso di presidio a gestione diretta dell'Ente Gestore dei Servizi Socio Assistenziali;

Aspetti strutturali/igienico-sanitari: da garantire mediante personale inserito nella Struttura

Vigilanza e/o proveniente da altre strutture organizzative dell'ASL con qualifica professionale coerente con l'ambito da controllare quale per es. un tecnico del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;

Aspetti impiantistici/sicurezza e protezione: da garantire mediante personale inserito nella Struttura Vigilanza e/o proveniente da altre strutture organizzative dell'ASL con qualifica professionale coerente con l'ambito da controllare quale per es. un tecnico dell'Ufficio Tecnico o del Servizio di Prevenzione e Protezione;

Aspetti clinico/assistenziali: da garantire mediante personale inserito nella Struttura Vigilanza e/o proveniente da altri servizi interessati (area anziani, disabili e minori) a seconda della tipologia delle strutture oggetto dell'attività di vigilanza.

La funzione di segreteria è assicurata dal personale amministrativo assegnato alla Struttura.

In ogni caso, la Commissione di vigilanza può avvalersi della collaborazione di qualsiasi altra professionalità facente capo all'ASL, sulla base delle esigenze e delle specifiche attività di verifica da eseguire.

Per l'espletamento dell'attività di vigilanza il personale eventualmente proveniente da altre strutture o da altri enti dipende funzionalmente dalla Struttura Vigilanza.

Qualora il numero di presidi soggetti a vigilanza non consenta a regime l'osservanza delle cadenze periodiche di ispezioni in loco previste al successivo punto 3, il Direttore Generale può prevedere l'istituzione di altre commissioni con le caratteristiche di cui sopra. In tal caso il Responsabile della Struttura Vigilanza assicura il coordinamento delle stesse.

Le visite ispettive devono essere volte alla verifica ed al controllo dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali, nonché alla valutazione della qualità dell'assistenza e del benessere degli ospiti.

Al termine di ogni visita ispettiva è redatto "in loco" apposito verbale, recepito successivamente con Determinazione del Responsabile della Struttura Vigilanza, come precisato al successivo punto 4 del presente documento.

Per la validità dei sopralluoghi è richiesta la presenza di tutti i componenti della Commissione di vigilanza, in coerenza con le professionalità che la compongono.

Qualora sia prevista più di una commissione, in assenza del Presidente il sopralluogo è valido con la presenza di 4 componenti in rappresentanza di tutti gli ambiti come sopra definiti; in tal caso il Responsabile della Struttura Vigilanza individua un suo sostituto tra i componenti della commissione.

Quando gli aspetti da controllare in loco siano riferibili solo a singoli ambiti specifici (ad esempio nel caso di verifica in loco dell'ottemperanza di prescrizioni per la cui valutazione siano necessarie non tutte le competenze presenti nella Commissione ma poche e specifiche professionalità) per la validità del sopralluogo è richiesta la presenza di almeno due componenti, di cui uno il Presidente, le cui qualifiche professionali devono essere coerenti con gli obiettivi del controllo.

La coerenza delle qualifiche professionali con gli obiettivi della visita è norma di salvaguardia procedurale, soprattutto nei casi che determinano la formulazione di prescrizioni o l'applicazione di sanzioni amministrative.

Ciascun componente della commissione esprime, altresì, pareri istruttori relativi alle aree di rispettiva competenza in ordine a specifici procedimenti.

Nell'esecuzione dell'intervento di vigilanza il Presidente o eventualmente un responsabile della commissione così come sopra previsto, cura l'organizzazione del sopralluogo, la gestione dell'intervento, la redazione del verbale di sopralluogo e della relazione finale, in collaborazione

con gli altri componenti.

3. MODALITA' PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI VIGILANZA.

Le attività di vigilanza e controllo sulle strutture devono essere organizzate nel rispetto dei principi di programmazione, omogeneità di comportamenti e completezza.

La Struttura Vigilanza deve programmare l'attività di vigilanza inerente al proprio ambito predisponendo un **piano di vigilanza annuale** che preveda almeno un controllo ispettivo ordinario per ciascuna struttura controllata. Esso dovrà essere approvato con specifico provvedimento dal Direttore Generale dell'ASL e trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare entro il 31 ottobre antecedente all'anno di riferimento del piano. In prima applicazione, tale piano andrà trasmesso entro il 15.03.2021.

Al Direttore Generale dell'ASL compete l'adozione delle misure organizzative necessarie per il raggiungimento degli obiettivi definiti nell'ambito del suddetto piano di vigilanza, ed è responsabile della mancata adozione o del ritardo dell'adozione dello stesso nei termini suindicati.

Tale **piano di vigilanza annuale** deve contenere:

- la composizione della dotazione organica della Struttura Vigilanza, con indicazione delle professionalità coinvolte, le sostituzioni e la precisa identificazione dei compiti; le eventuali modifiche dovranno essere tempestivamente comunicate al Settore competente della Direzione Sanità e Welfare;
- l'elenco delle strutture presenti sul territorio, distinte per tipologie/area funzionale, nonché i diversi status erogativi delle stesse (autorizzate, accreditate e contrattualizzate);
- il numero di controlli documentali individuali e collettivi (definendone gli obiettivi), ispettivi ordinari e ispettivi straordinari previsti, suddivisi per tipologia di struttura, che si prevede di effettuare nell'anno nell'ambito dell'ordinaria attività, compresi quelli effettuati con la Regione per vigilare le strutture a gestione diretta ASL, con indicazione delle priorità, in relazione alle eventuali criticità a livello generale e delle peculiarità specifiche del territorio; i sopralluoghi conclusivi eventualmente effettuati per la verifica dell'ottemperanza delle prescrizioni impartite a seguito di ispezioni non vanno conteggiati nel numero dei controlli da effettuare previsti nel piano;
- le procedure organizzative che si intendono adottare per soddisfare l'obiettivo previsto (per es. modalità operative per garantire la costante presenza delle figure professionali costituenti la commissione deputata al sopralluogo, soprattutto qualora trattasi di personale dell'Ente non dedicato all'attività di vigilanza a tempo pieno e/o personale di altro Ente), nei casi di controlli ispettivi straordinari (dettati da fattori esterni, eventi straordinari, a seguito di richieste specifiche degli uffici regionali, delle Autorità competenti e su segnalazione);
- i rapporti con altre strutture organizzative dell'ASL deputate alle attività di vigilanza, ispezione e controllo (es. S.Pre.S.A.L.) e/o altri soggetti istituzionali (es. NAS, Vigili del Fuoco, ecc.);
- le attività di formazione e aggiornamento previste per i componenti della dotazione organica della Struttura Vigilanza.

L'attività di vigilanza riguarda sia le strutture solo autorizzate all'esercizio sia quelle accreditate, con attenzione particolare a quelle che presentano le maggiori criticità, e le relative modalità operative devono garantire l'uniformità di comportamento, l'oggettività e la trasparenza dei procedimenti di valutazione da parte di tutti gli operatori preposti all'attività, nonché l'utilizzo appropriato degli strumenti di vigilanza e controllo, permettendo altresì il coordinamento e il monitoraggio dell'attività da parte della Regione.

Le attività di vigilanza e controllo sono effettuate secondo i procedimenti seguenti:

a) Verifica documentale individuale

Procedimento che consente di controllare e verificare, in riferimento a una singola struttura, aspetti certificabili e certificati da atti documentali

b) Verifica documentale collettiva

Come la modalità di cui al punto a), effettuata contemporaneamente su più strutture. È il procedimento di verifica e controllo contemporaneo, per tutte le strutture ricadenti nell'ambito territoriale della Commissione di Vigilanza, di aspetti certificabili e certificati da atti documentali (a titolo esemplificativo e non esaustivo, la posizione rispetto alle norme di prevenzione incendi, ai requisiti antisismici, al possesso dei requisiti strutturali).

c) Verifica ispettiva ordinaria

Nella durata temporale del piano di vigilanza adottato, tale modalità di controllo deve essere attuata per ciascuna struttura ricadente nella competenza territoriale di ciascuna Struttura Vigilanza. Il procedimento si avvia con un accesso ispettivo senza preavviso presso la struttura soggetta a controllo.

d) Verifica ispettiva straordinaria

Attività di verifica e controllo eseguita in carattere di urgenza su segnalazioni o a seguito di richieste pervenute da altri enti, oppure inerente l'operatività della struttura controllata in occasione di eventi straordinari. Il procedimento si avvia con un accesso ispettivo senza preavviso presso la struttura soggetta a controllo.

e) Verifica ispettiva autorizzativa

Entro i termini definiti nell'avvio del procedimento viene effettuato un accesso ispettivo con preavviso presso la struttura soggetta a controllo; il procedimento è finalizzato a espletare le verifiche istruttorie connesse a istanza di autorizzazione al funzionamento o modifica della stessa e a istanza di accreditamento o modifica dello stesso.

La periodicità dei controlli in loco per ciascuna struttura deve essere garantita almeno ogni anno, dando priorità in ogni caso alle strutture che presentano maggiori criticità e tenendo conto di particolari situazioni di rischio sorte a livello generale e/o individuate sulla scorta di analisi delle criticità del territorio di competenza.

Per consentire, inoltre, un monitoraggio costante da parte degli enti vigilanti sulle strutture, a cadenza semestrale, i gestori delle strutture devono compilare una scheda ove sono raccolte informazioni aggiornate attinenti gli aspetti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali, al fine di effettuare una verifica documentale relativa a:

- possesso e mantenimento dei requisiti di funzionamento/accreditamento;
- corretto adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- corretta classificazione degli utenti.

La verifica potrà avvenire mediante incontri presso la sede dell'ente vigilante, di norma alla presenza del legale rappresentante e del responsabile della struttura vigilata, oppure mediante il solo esame della documentazione; a tal fine, occorre prevedere l'avvio di appositi flussi informativi con le strutture, secondo i modelli che verranno definiti con successivi atti regionali, con l'obiettivo di rendere omogenei i comportamenti dei servizi di vigilanza e controllo nell'esercizio delle proprie attività istituzionali.

4. ATTIVITA' TECNICO-AMMINISTRATIVE.

La funzione di vigilanza, da esercitarsi attuando i procedimenti di controllo e verifica secondo le modalità sopra elencate, comprende, ai sensi dell'art. 26, comma 3, LR n. 1/2004, le seguenti attività tecnico-amministrative:

- a) il rilascio, la modifica, la sospensione e la revoca del titolo autorizzativo all'esercizio dei servizi e delle strutture, nonché di accreditamento;
- b) la verifica ed il controllo dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali, previsti dalle norme nazionali e regionali per la tipologia di appartenenza dei servizi e delle strutture;
- c) il controllo e la verifica della qualità dell'assistenza erogata nei confronti della generalità degli assistiti mediante indicazioni tecniche ed operative che consentano la revisione della qualità delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento continuo degli stessi;
- d) la verifica della conformità dei presidi e dei servizi offerti agli obiettivi della programmazione regionale e locale.

Le suddette attività consistono in particolare:

- nell'acquisizione, la fascicolazione, l'aggiornamento e la conservazione della documentazione relativa ai presidi oggetto di vigilanza necessari all'ottenimento, modifica e mantenimento del regime autorizzativo e/o di accreditamento;
 - nell'adozione dei provvedimenti relativi a tutti i procedimenti di competenza della Struttura Vigilanza (rilascio autorizzazioni, prescrizioni tecnico-amministrative, ecc..);
 - nella verifica dell'osservanza delle prescrizioni impartite nei tempi previsti;
 - nella cura dei rapporti con gli altri uffici dell'ASL competenti e con gli Enti interessati;
 - nell'attività istruttoria inerente i procedimenti, ivi compresi i pareri formali sugli studi di fattibilità dei progetti, a cui sono applicabili le tariffe di cui al punto 8) dell'Area Igiene e Sanità Pubblica dell'Allegato A della DGR n. 42-12939 del 5.07.2004 e s.m.i.;
 - in ogni altro provvedimento inerente alla responsabilità della funzione di vigilanza e dei relativi procedimenti amministrativi;
 - nel controllo e nella promozione della qualità dell'assistenza erogata nei confronti della generalità degli assistiti, come di seguito specificata, nonché dell'aderenza alla programmazione regionale;
- e) la promozione della riconversione dei presidi ove ne ricorrano i presupposti. La riconversione rappresenta l'opportunità di determinare, in un'ottica di integrazione con la comunità locale, l'offerta di presidi in virtù del mutato quadro dei bisogni dell'utenza, della quantità e qualità delle prestazioni conseguentemente richieste, e delle esigenze del territorio; presuppone una riqualificazione dell'offerta sia sul versante strutturale sia su quello organizzativo e, soprattutto, la determinazione di un riequilibrio tra i posti in relazione alla variazione di tipologia di utenza.

Il rispetto dei requisiti strutturali, gestionali e organizzativi del presidio, nonché la loro coerenza con quanto dichiarato dal gestore alla Struttura Vigilanza, sono verificati dalla Commissione di Vigilanza mediante ispezione in loco. In tal caso deve essere redatto apposito verbale di sopralluogo che dia conto, in particolare, dei seguenti elementi:

- individuazione degli operatori incaricati dell'ispezione;
- individuazione dei soggetti rappresentanti della struttura presenti alla visita;
- tempi di esecuzione ovvero la data e l'ora d'inizio e fine visita;
- obiettivi ed il campo di azione dell'intervento;
- gli elementi verificati, le evidenze raccolte ed i risultati delle rilevazioni;
- eventuale documentazione acquisita agli atti;
- eventuali dichiarazioni dei presenti al sopralluogo e l'eventuale rifiuto alla sottoscrizione da parte del gestore o dei presenti.

Nel verbale di sopralluogo deve essere riportata la descrizione della situazione di fatto accertata che deve fedelmente ed oggettivamente rappresentare lo stato dei luoghi e delle cose ispezionate, i documenti esaminati e/o acquisiti sul posto.

L'utilizzo di check list non sostituisce il verbale, non esaurisce gli obblighi di diligenza che permangono in capo ai componenti della Commissione e non pregiudica la valutazione e la registrazione di altri aspetti d'interesse che dovessero emergere nel corso dell'ispezione.

Il verbale di sopralluogo deve essere sempre redatto a conclusione di ogni visita ispettiva e dovrà contenere tutti gli elementi emersi nel corso del sopralluogo.

Nel verbale devono essere segnalate anche eventuali criticità oggettive che possano essere di potenziale nocimento all'utente, ancorchè rilevate nel corso di visita ispettiva preordinata ad altro scopo o non pertinenti con le qualifiche professionali dei componenti della Commissione di Vigilanza che ha effettuato il sopralluogo.

Il verbale deve essere sottoscritto dal legale rappresentante del soggetto gestore o da un suo incaricato che potranno richiedere l'inserimento nel verbale di eventuali dichiarazioni. Una copia del verbale dovrà essere rilasciata al legale rappresentante del soggetto gestore o ad un suo incaricato.

Il suddetto verbale, da recepirsi con determinazione del Responsabile del procedimento, è un atto a sè stante e non può essere integrato; gli atti conseguenti, a carattere prescrittivo o sanzionatorio, dovranno essere adottati con provvedimenti distinti dal verbale.

La commissione acquisisce la documentazione necessaria ove possibile immediatamente oppure la richiede, nel verbale suddetto, assegnando al presidio un breve ma congruo termine.

Nel caso in cui le azioni svolte ed i dati rilevati, anche a seguito delle integrazioni, non consentano l'assunzione di decisioni, entro il termine massimo di 15 giorni, il responsabile del procedimento predisponde una richiesta di integrazione documentale.

Entro 15 giorni dall'acquisizione di tutta la documentazione necessaria la Commissione redige un ulteriore verbale contenente le proposte per le determinazioni del Responsabile del procedimento competente all'adozione del provvedimento finale. Con tale provvedimento il Responsabile del procedimento recepisce i verbali e ingiunge le eventuali prescrizioni. In caso sia prevista la contestazione dell'illecito amministrativo trasmette l'atto alla struttura dell'Asl competente alla formulazione di tale contestazione.

Tale provvedimento deve essere notificato al titolare dell'autorizzazione al funzionamento del presidio, nonché per conoscenza al Settore competente della Regione.

Con successive Determinazioni, entro il 31.03.2021, la Direzione regionale competente approva i modelli base che gli Enti vigilanti dovranno utilizzare per l'attività di vigilanza, anche al fine di rendere omogenei i comportamenti dei servizi vigilanza e controllo nell'esercizio delle proprie attività istituzionali.

Ciascuna ASL deve adottare, entro il 31.03.2021, un apposito Regolamento per il funzionamento della Commissione di vigilanza per le strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative sulla base delle indicazioni fornite con il presente provvedimento, specificando altresì i termini dei procedimenti.

A decorrere dall'anno 2021, le ASL e la Città di Torino sono tenute alla rendicontazione dell'attività (in termini di strutture visitate, tipologia di verifica effettuata, eventuali rettifiche richieste ai gestori, sanzioni applicate, etc.) alla Direzione/settore regionale competente, inviando apposita relazione entro il mese di marzo sull'attività di vigilanza svolta nell'anno precedente, a partire dall'anno 2020, anche al fine di ottemperare a quanto previsto dalla LR 1/2004 e s.m.i. all'art. 26 comma 5.

Nella rendicontazione deve essere prevista anche la trasmissione di informazioni, ad oggi carenti, necessarie per interventi regionali (es. provvedimenti su temi specifici) con riguardo alla

promozione della qualità e del benessere degli ospiti.

4.1 VERIFICA DEI REQUISITI.

Fatte salve le attività ispettive e di vigilanza di altre Strutture dell'ASL o di altri Enti e tenuto conto della collaborazioni con le stesse in ordine ad aspetti che ricadono nell'ambito delle loro competenze (ad es. giuslavoristici e contabili), sono previste verifiche in merito a:

- possesso e mantenimento dei requisiti d'esercizio/accreditamento;
- corretto adempimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- appropriatezza dell'erogazione dei servizi/prestazioni;
- corretta classificazione degli utenti;
- correttezza della rendicontazione economica dei servizi e delle prestazioni erogati;
- rispetto di ogni altra obbligazione assunta mediante la stipulazione del contratto e di eventuali contratti integrativi.

In via generale i sopralluoghi ispettivi si devono orientare alla rilevazione di indicatori che rappresentino il grado di assistenza fornito, tenendo conto anche degli aspetti di appropriata collocazione dell'utenza, della idoneità e adeguata manutenzione degli ambienti, dell'utilizzo delle risorse umane nel costante rispetto delle disposizioni contrattuali, del rispetto delle misure di sicurezza per gli ospiti e per i lavoratori addetti, nonché le dovute garanzie di equità e pari dignità dei cittadini.

Gli aspetti da sottoporre a verifica sono definiti nei paragrafi che seguono e saranno specificati, anche in relazione ai diversi status erogativi, con successive determinazioni regionali di approvazione delle check list.

4.1.1 OGGETTO DELLE VERIFICHE

Attraverso un controllo tecnico e di appropriatezza, nonché di interventi per la promozione della qualità, la vigilanza è un'attività che ha ad oggetto:

1. la verifica dei requisiti di funzionamento/esercizio e di accreditamento, per le strutture di nuova attivazione, sulla base della normativa di settore vigente;
2. la verifica della permanenza dei requisiti di funzionamento/esercizio e di accreditamento, da effettuarsi con le modalità già specificate nei precedenti paragrafi.

Per quanto riguarda la vigilanza sugli aspetti amministrativi, di natura precipuamente documentale, di cui al punto 1 il Responsabile del procedimento deve accertare:

- la completezza dell'istanza e l'adeguatezza della documentazione probatoria;
- il titolo di legittimazione del legale rappresentante dell'ente gestore, nonché i requisiti soggettivi;
- il titolo di godimento dell'immobile in cui ha sede l'attività da parte del soggetto gestore, dal quale risulti la disponibilità dell'immobile ai fini dell'esercizio della struttura per la quale si presenta la richiesta di autorizzazione all'esercizio/funzionamento;
- che l'ente gestore non sia sottoposto a procedure fallimentari.

Si precisa che il rilascio del provvedimento finale di autorizzazione/accreditamento è inoltre subordinato:

- alla verifica, in capo al titolare, dei requisiti di cui agli artt. 27, comma 5, e 28, comma 3bis,

della L.R. 1/2004 e s.m.i.;

- alla acquisizione della "comunicazione antimafia" (art. 84 comma 2 del D. Lgs. 159/2011).

Per quanto riguarda i requisiti di funzionamento/esercizio e di accreditamento gli aspetti oggetto di verifica sono i seguenti:

- a) strutturali/igienico sanitari: dimensioni - articolazione degli spazi, individuali e comuni, arredi, caratteristiche igieniche, ecc. (standard strutturali);
- b) gestionali: quantità e tipologia del personale, titoli professionali, affidamento di prestazioni a terzi, presenza di volontariato, ecc. (standard gestionali);
- c) tecnologici/sicurezza e protezione: impianti, attrezzature, norme di sicurezza, ecc.;
- d) organizzativi: carta dei servizi, protocolli assistenziali, attività progettuali, debito informativo, scheda struttura, ecc..

Rientrano nella categoria dei requisiti strutturali/tecnologici di cui ai punti a) e c):

- le verifiche del possesso e mantenimento della dotazione minima di ambienti, impianti ed attrezzature definite dalle norme nazionali e/o dalle norme regionali specifiche per ogni tipologia di struttura, nonché gli aspetti igienico sanitari;
- il controllo della documentazione relativa alla struttura, impianti ed attrezzature.

Nella categoria dei requisiti gestionali e organizzativi di cui ai punti b) e d) rientrano invece:

- le verifiche attinenti la sussistenza degli standard di personale con particolare riguardo alla quantità riferita ai requisiti minimi previsti, generalmente commisurata alle presenze degli utenti, nonché al possesso delle professionalità previste dalla normativa per ciascuna tipologia e al loro corretto utilizzo;
- la verifica del possesso dei titoli professionali previsti per le diverse qualifiche e, nei casi richiesti, l'iscrizione agli ordini professionali;
- la verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, comprendendo i livelli sia formali sia sostanziali, nell'ottica di un miglioramento continuo, e i servizi forniti agli ospiti e le modalità della loro attuazione;
- la verifica circa la corretta classificazione/valutazione dell'utente, così come definite dalle norme regionali per le specifiche tipologie di struttura, dei suoi bisogni assistenziali e delle prestazioni erogate, comprese quelle a richiesta degli ospiti;
- la verifica circa la corretta rendicontazione delle prestazioni erogate dalle strutture sociosanitarie, accertando che il numero degli ospiti in convenzione non sia superiore al numero dei posti accreditati e, anche a campione, che l'importo delle tariffe corrisponda alle fasce/tipologia di ospiti o di prestazioni rendicontate;
- il controllo della sussistenza della documentazione inerente l'organizzazione dell'attività quali la carta dei servizi, il regolamento, il piano di formazione degli operatori, i protocolli assistenziali, ecc., nonché la presenza di modalità di diffusione della conoscenza degli stessi e loro attuazione.

La vigilanza sugli aspetti organizzativi e gestionali si esplica attraverso la verifica della coerenza tra la documentazione e quanto effettivamente riscontrato.

A tal fine ogni struttura, indipendentemente dallo status erogativo, deve essere in grado di fornire all'organismo di controllo, in tempo reale, tutti gli elementi utili al calcolo dei tempi di lavoro dedicati all'assistenza, erogato da personale a standard, nonché della presenza degli stessi.

I requisiti inerenti i suddetti aspetti sono quelli definiti dalle norme nazionali e/o dalle norme regionali specifiche per ogni tipologia di struttura.

Al fine di rendere omogenei e trasparenti i comportamenti dei servizi di vigilanza e controllo nell'esercizio delle proprie attività istituzionali, con successive determinazioni regionali saranno definiti gli elementi specifici oggetto di controllo, predisponendo apposite check list per tipologie di presidio/utenza e per categorie di requisiti, autorizzativi e di accreditamento. In ogni caso l'uso di tali strumenti non pregiudica la valutazione e la registrazione di altri aspetti di interesse che dovessero emergere nel corso dell'attività di vigilanza.

Le check list riporteranno altresì il valore di ciascun requisito al fine dell'inserimento della relativa violazione nell'appropriata tipologia di gravità ("lieve", "media", "grave"), la cui definizione risulta necessaria per l'assunzione di decisioni in merito ad eventuali prescrizioni o provvedimenti da impartire alla struttura.

Con successive determinazioni regionali saranno altresì approvate apposite tabelle di sintesi rappresentative delle principali professionalità censite ed operanti all'interno delle diverse tipologie di strutture, con la precisazione per ognuna di esse dei relativi titoli riconosciuti ai fini del rispetto dello standard di personale richiesto dalle vigenti disposizioni regionali per l'autorizzazione all'esercizio/accreditamento.

4.1.2 ESITI DELLE VERIFICHE IN LOCO E CONTESTAZIONE DELLE VIOLAZIONI

Le verifiche sono finalizzate a rilevare:

- eventuali situazioni di non conformità su cui è necessario attivare tempestivamente azioni correttive;
- eventuali aree di criticità sulle quali occorre intervenire in via preventiva;
- l'evidenza di opportunità di interventi migliorativi.

I risultati della verifica possono dare luogo ad una presa d'atto senza rilievi o alla formulazione di rilievi, distinti in:

a) Osservazioni: proposte o richieste finalizzate al miglioramento.

b) Non Conformità: violazioni accertate rispetto alle norme di riferimento, classificate secondo tre livelli di gravità crescente ("lieve", "media", "grave").

Per *Non Conformità "lieve"* si intende una violazione con basso impatto sui servizi o sugli utenti che non impedisce di continuare l'erogazione del servizio e che può essere risolta con specifiche azioni correttive individuate dal gestore, da attuarsi entro un termine massimo di 60 giorni dalla notifica del provvedimento di recepimento del verbale.

Per *Non Conformità "media"* si intende una violazione con impatto significativo sui servizi o sugli utenti ma che non impedisce di continuare l'erogazione del servizio e può essere risolta con specifiche azioni correttive individuate dal gestore, da attuarsi entro un termine massimo di 30 giorni dalla notifica del provvedimento di recepimento del verbale.

Per *Non Conformità "grave"* si intende una violazione idonea a esporre a rischio i diritti e gli interessi di una pluralità di utenti e/o relativa a importanti carenze infrastrutturali o di processo del fornitore di servizio, in grado di generare significativi dubbi sulla capacità di erogare il servizio nel rispetto dei requisiti previsti. Va risolta con specifiche azioni correttive attuate secondo tempi congrui e stringenti, in relazione alla portata della violazione, dalla notifica del provvedimento di recepimento del verbale, e può comportare l'attivazione della procedura per la sospensione/revoca del titolo autorizzativo, nonché l'irrogazione di sanzioni pecuniarie.

La formulazione di "Osservazioni" comporta la formale richiesta al gestore di trasmettere, entro 10 giorni dalla notifica del provvedimento di recepimento del verbale in esito al sopralluogo, un piano di miglioramento che definisca le azioni da intraprendere ed i relativi tempi di attuazione. Con apposita determinazione del Responsabile del procedimento notificata al gestore, si conclude il procedimento con l'acquisizione da parte dell'Ente vigilante del piano di miglioramento. Il piano è

oggetto di monitoraggio nell'ambito delle successive verifiche svolte dalla Commissione di Vigilanza competente per territorio, anche attraverso la scheda della struttura.

Il riscontro di "Non Conformità" comporta le seguenti azioni:

1) in caso di non conformità "*lieve*" o "*media*" il Responsabile del procedimento notifica al gestore il provvedimento in cui recepisce il verbale in esito al sopralluogo nel quale sono indicate le irregolarità riscontrate e prescrive il termine massimo entro il quale tali irregolarità devono essere risolte, in base alla gravità della non conformità, come individuata al punto b) del presente capitolo. Nel medesimo atto si richiede al gestore di inviare, entro 10 giorni, le specifiche azioni correttive che ha adottato e/o intende adottare e i tempi previsti per la loro attuazione.

La risoluzione della non conformità nel termine massimo indicato, positivamente verificata dalla Commissione di Vigilanza mediante prova documentale e/o apposita ispezione in loco, conclude il procedimento con apposita determinazione del Responsabile del procedimento.

Il gestore, a fronte di eventuali impedimenti dipendenti da terzi, o determinati da situazioni di particolare complessità che impediscono l'adozione delle azioni correttive previste, deve provvedere a notificarli all'ente vigilante tempestivamente, e comunque non oltre il termine massimo previsto, indicando altresì le azioni che si impegna a intraprendere e i relativi tempi. Il Responsabile del procedimento, valutata la proposta del gestore, può concedere, con atto motivato, una proroga per l'attuazione delle azioni correttive, contestualmente sospendendo i termini di conclusione del procedimento.

Qualora entro i termini indicati il gestore non adotti le azioni correttive, o le adotti solo in parte, senza dare comunicazione su eventuali impedimenti dipendenti da terzi, o determinati da situazioni di particolare complessità che impediscono l'adozione delle azioni correttive previste, ovvero le azioni adottate non risultino adeguate, ovvero in tutti gli altri casi in cui lo ritenga opportuno in considerazione della natura della violazione o delle conseguenze, il Responsabile del procedimento diffida il gestore a conformare tempestivamente la propria condotta agli obblighi previsti dalla disciplina vigente e trasmette gli atti alla struttura dell'ASL competente alla contestazione dell'illecito amministrativo.

L'ulteriore inottemperanza delle prescrizioni, oltre all'eventuale irrogazione di una nuova sanzione amministrativa, può comportare la sospensione dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento, totale o parziale.

2) in caso di non conformità "*grave*" il Responsabile del procedimento notifica al gestore il provvedimento di recepimento del verbale in esito al sopralluogo nel quale sono indicate le irregolarità riscontrate, lo diffida a conformare entro i termini previsti la propria condotta agli obblighi previsti dalla disciplina vigente e trasmette gli atti alla struttura dell'ASL competente alla contestazione dell'illecito amministrativo.

L'inosservanza delle prescrizioni impartite per violazioni di tipologia grave comporta la sospensione totale o parziale dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento.

La sospensione dell'autorizzazione consiste nel blocco di nuovi ingressi, permanendo l'obbligo da parte del titolare dell'autorizzazione di garantire la continuità della prestazioni socio sanitarie erogate a tutela degli ospiti presenti in struttura.

Il provvedimento deve indicare gli adempimenti a cui ottemperare e la documentazione da produrre per la ripresa della attività, nonché i termini per la regolarizzazione.

Il termine della sospensione è esplicitamente indicato nell'atto che la dispone e può essere prorogato.

La revoca del titolo autorizzativo è disposta in conformità a quanto previsto all'art. 28 della L.R. n. 1/2004:

- al comma 2, ovvero in caso di inosservanza reiterata delle prescrizioni impartite, di violazione, anche senza preventiva irrogazione di prescrizioni, di norme in materia di sanità, di igiene e di

sicurezza che siano di grave pregiudizio per la sicurezza e la salute delle persone assistite e degli operatori della struttura, sulla base del verbale della Commissione di Vigilanza dimostrante l'effettivo, concreto e attuale rischio di pregiudizio per la salute e la sicurezza degli ospiti;

- al comma 3, ovvero in caso di emanazione, a carico del titolare dell'autorizzazione, di sentenza passata in giudicato per i reati di cui all'articolo 27, comma 5 della legge suddetta.

La revoca è altresì disposta in caso di inosservanza delle prescrizioni oggetto del provvedimento di sospensione dell'autorizzazione nei termini in essa indicati.

Ai sensi dell'art. 27 comma 9bis della LR 1/2004 e s.m.i., il mancato svolgimento dell'attività per più di sessanta giorni continuativi determina la decadenza dell'autorizzazione, salvo che la sospensione dell'attività sia comunicata e accordata dalla commissione di vigilanza per casi di comprovata necessità.

In caso di mancato superamento delle non conformità da parte della struttura, il Responsabile adotta apposito provvedimento inerente l'eventuale sospensione totale o parziale/revoca dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento e lo trasmette, corredato da apposita relazione, alla struttura dell'ASL competente alla contestazione della violazione e irrogazione della relativa sanzione pecuniaria per i conseguenti provvedimenti in ordine alla fase sanzionatoria.

Con successivo provvedimento regionale saranno approvate le specifiche indicazioni operative per l'applicazione delle eventuali sanzioni amministrative.

In casi di particolare gravità e urgenza, in particolare ove vengano violate norme in materia di sanità, di igiene e di sicurezza che siano di grave pregiudizio per la sicurezza e la salute delle persone assistite e degli operatori della struttura, l'ente vigilante può disporre la cessazione immediata dell'attività, disponendo altresì le misure necessarie per la ricollocazione degli utenti presso altre strutture.

5. ATTIVITA' DI VIGILANZA EXTRA TERRITORIALI.

Sulla base del numero di sopralluoghi che si intende effettuare nell'anno previsto nel Piano di vigilanza il Settore regionale competente, con determinazione dirigenziale, individua per ciascuna Struttura di Vigilanza il numero di sopralluoghi (pari almeno al 5% ai sensi dell'art. 26 comma 4, compresi quelli effettuati con la Regione per vigilare le strutture a gestione diretta ASL) che devono essere effettuati su strutture site nel territorio non di competenza, nonché il corrispondente elenco delle strutture da controllare, individuando di volta in volta e a rotazione il territorio da vigilare.

L'identificazione delle suddette strutture è effettuata prevedendo almeno un sopralluogo per area funzionale di struttura (anziani, disabili, minori, prima infanzia) mediante estrazione a campione e/o in base a eventuali peculiarità/criticità.

6. TRASPARENZA.

Con l'obiettivo fondamentale di sostenere il costante miglioramento della qualità delle prestazioni, al fine di promuovere il concetto di corresponsabilità tra soggetto istituzionalmente preposto all'attività di vigilanza e soggetto erogatore della prestazione, la composizione della Commissione di Vigilanza ed il Piano annuale di Vigilanza, gli obiettivi dei controlli documentali collettivi previsti, nonché eventuali regolamenti/protocolli, procedure e strumenti di rilevazione devono trovare debita pubblicizzazione nei siti web delle ASL/Comune, per comunicare ai gestori i criteri informativi della vigilanza e rendere evidenti le modalità di svolgimento delle attività ispettive.

La pianificazione delle specifiche attività di vigilanza e controllo, con particolare riferimento ai controlli documentali individuali, alle date di effettuazione dei controlli ispettivi ordinari, ai controlli ispettivi straordinari, deve, invece, assumere carattere di assoluta riservatezza nell'ambito della struttura vigilanza.

Il preavviso ai gestori è ammesso esclusivamente nelle verifiche di cui al precedente capitolo 3 punto e).

7. PROMOZIONE DELLA QUALITÀ DELLA VITA E DEL BENESSERE PSICOFISICO. MONITORAGGIO DELLE AZIONI.

La promozione della qualità della vita e il benessere fisico e psichico delle persone che fruiscono dei servizi o sono ospitate nelle strutture costituisce, come detto, elemento strategico e qualificante dell'attività di vigilanza.

Tale funzione può essere sviluppata sia sulla base di programmi concordati a livello regionale sia in autonome forme e azioni a livello aziendale, per promuovere e supportare progetti di cambiamento nei comportamenti e sperimentazione di nuovi modelli organizzativi nelle strutture.

Le strategie di miglioramento della qualità da applicare possono essere di tipo incrementale ovvero per obiettivi di alto profilo; tendono a sviluppare strumenti rivolti ad implementare la qualità nell'organizzazione, nella gestione e nei servizi erogati (ad esempio con la definizione di un sistema di indicatori di processo ed esito, nonché di sistemi di monitoraggio della qualità dei servizi alla persona).

Il cambiamento profondo del profilo della persona assistita, le cui condizioni di bisogno assistenziale si sono modificate radicalmente in questi ultimi anni, rende indispensabile arricchire i contenuti clinici e di assistenza alla persona tipici delle residenze sociali e socio-sanitarie, nonché elaborare indicatori di qualità che permettano di misurare sia gli effetti delle "cure" sull'ospite sia la componente relazionale dell'intervento dell'operatore nel rapporto con l'ospite e la sua famiglia.

Si tratta di valutazioni assai complesse poiché entrano in gioco non solo variabili sanitarie, più facilmente misurabili, ma anche variabili sociali legate agli assistiti e alle particolari condizioni di complessità individuali che risultano, invece, più difficili da misurare e codificare.

Anche la valutazione del benessere delle persone, strettamente correlata alla stima e alla rilevazione della qualità assistenziale erogata in ragione della peculiarità dei servizi non è semplice, stante la necessità di individuare strumenti ed indicatori che devono misurare il grado di soddisfazione di bisogni che, non infrequentemente, integrano dimensioni oggettive con aspetti soggettivi.

Il benessere coincide con la personalizzazione e l'efficacia dell'azione assistenziale che viene perseguita: due dimensioni dell'offerta di servizio che non possono prescindere dalla conoscenza dei bisogni, delle abitudini, dei gusti, dei desideri e dal rispetto dell'autodeterminazione e dei diritti della persona promuovendo e attivando una relazione personalizzata ed efficace dal punto di vista comunicativo.

Il possesso di requisiti tecnici e organizzativi costituisce pertanto una condizione necessaria, ma non sufficiente, per il perseguimento della qualità e il miglioramento continuo, che non possono prescindere da modelli comportamentali e professionali permeati dalla cultura della relazione. Tale cultura è essenziale per recuperare il senso, la dimensione soggettiva esistenziale ed il riconoscimento della identità della persona, nel rispetto dei bisogni e dei suoi diritti.

La logica sottesa al percorso di valutazione della qualità deve essere sempre quella di sistema stante la necessità di mettere in stretta correlazione tutti i fattori (soggettivi e oggettivi, personali e sociali, professionali e organizzativi, ambientali e individuali) che concorrono al benessere delle persone.

In questa prima fase, nelle more di una revisione dei criteri di accreditamento, sono state individuate, in quanto ritenute di particolare interesse per la promozione della qualità e del benessere degli ospiti le seguenti macroaree:

- 1) processi assistenziali ed organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- 2) sicurezza delle cure e prevenzione dei rischi per la salute degli ospiti;
- 3) area della comunicazione e della relazione.

Per ogni macroarea, con successivo apposito provvedimento, saranno indicati per area funzionale, anche nella logica di favorire la ricerca e diffusione di buone pratiche, temi specifici declinati in *item* utili ad approfondirne l'esame.

Gli *item* possono essere distinti in:

- *item* di "osservazione diretta" per servizi o elementi che possono essere osservati direttamente;
- *item* "con prove documentali" che indicano le evidenze oggettive che devono essere fornite tramite idonea documentazione.

In quest'ultimo caso, specie con riferimento a protocolli e/o procedure, è opportuno che la Commissione di Vigilanza valuti tali documenti tenendo conto dei seguenti criteri di qualità:

- chiarezza: il documento deve essere comprensibile a tutti gli operatori;
- operatività: il documento deve precisare chi fa che cosa, quando, come e le modalità di segnalazione delle non conformità;
- applicabilità: il documento non deve proporre indicazioni non attuabili, prevedere l'utilizzazione di materiali o presidi indisponibili, ecc.;
- contestualizzazione: il documento deve essere specifico per la struttura e tenere conto della sua organizzazione;
- qualità dei contenuti: il documento deve basarsi su evidenze scientifiche e/o su documenti prodotti da fonti accreditate e, non ultimo, essere in linea con le vigenti normative.

La Commissione di Vigilanza, a fronte del rilievo di una o più criticità, formulerà le proprie osservazioni indicando delle azioni di miglioramento quali:

- 1) azioni di miglioramento "dirette": si tratta di azioni puntuali che, una volta realizzate, eliminano direttamente la criticità rilevata;
- 2) azioni di miglioramento "indirette": sono quelle azioni che, solo insieme ad altre, concorrono alla risoluzione di criticità che, di norma, sono più complesse e/o articolate;
- 3) azioni di miglioramento "generali": si tratta di quelle azioni volte non tanto a intervenire su un elemento specifico ma ad affrontare la problematica più ampia ad esso connessa.

8. FUNZIONI REGIONALI.

La Regione coordina e fornisce linee di indirizzo relativamente all'attività di vigilanza e nei confronti degli organi deputati a svolgerla.

Al fine di potenziare il ruolo di coordinamento e di raccordo regionale in merito all'attività di vigilanza e controllo sulle strutture di cui all'art. 26 comma 1 esercitata dalle ASL e dal Comune di Torino, alla Direzione regionale competente spetta in particolare di:

- definire le regole di funzionamento del sistema;
- definire le linee di indirizzo in materia di vigilanza e controllo;
- definire gli strumenti e le modalità di controllo;
- definire i debiti informativi da parte delle ASL, della Città di Torino e degli erogatori dei servizi;
- individuare indicatori per valutare l'efficacia e la qualità delle prestazioni erogate.

Nell'ambito di tale competenza:

- predisporre, con determinazioni dirigenziali, apposite check list per tipologia di presidio/utenza e per categoria di requisiti, sulla base delle quali le Commissioni di vigilanza svolgono le attività di verifica e di ispezione presso i presidi oggetto di vigilanza, al fine garantire omogeneità di comportamento delle ASL e la standardizzazione dei dati informatici per il flusso di informazioni

con la Regione. Tali check list dovranno altresì raggruppare in tre tipologie di gravità, grave-media- lieve, le relative violazioni;

- provvede alla definizione di un debito informativo che permetta di elaborare i dati e le informazioni raccolti attraverso le check-list, i verbali e il monitoraggio della qualità, al fine di supportare le attività di governo e verifica del lavoro svolto dalle singole Commissioni di Vigilanza, nonché di predisporre specifici report di monitoraggio che permettano una lettura omogenea a livello regionale;
- esprime pareri ed emana direttive alle ASL sulle modalità di svolgimento della attività di vigilanza;
- predisporre annualmente una relazione sullo stato dell'arte dell'attività di vigilanza sul territorio piemontese sulla base di analoghe relazioni che le ASL devono trasmettere entro il mese di marzo sull'attività di vigilanza svolta nell'anno precedente;
- organizza periodicamente giornate di formazione per gli operatori della vigilanza;
- organizza incontri periodici con i Responsabili delle ASL per il coordinamento delle attività;
- provvede con determinazioni dirigenziali all'approvazione dei modelli base che gli Enti vigilanti dovranno utilizzare per l'attività di vigilanza.

Nell'ambito del settore "Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità" della Direzione Sanità e Welfare sono individuate le competenze della struttura di cui all'art. 26 comma 2 bis L.R. n. 1/2004 e s.m.i. ovvero:

- a) coordinare le commissioni di vigilanza;
- b) omogeneizzare i comportamenti delle commissioni anche attraverso specifici corsi di formazione;
- c) monitorare le attività;
- d) fornire supporto giuridico sull'applicazione delle norme.

8.1 VIGILANZA A PRESIDIO A GESTIONE DIRETTA DELLE ASL

Le funzioni amministrative di vigilanza relative alle strutture gestite direttamente dalle ASL sono esercitate dalla Regione; tale funzione è assegnata al Responsabile del settore regionale competente. Per tale attività valgono le disposizioni previste dalla presente deliberazione.

Per lo svolgimento della suddetta attività di vigilanza la Regione si avvale delle Commissioni di vigilanza istituite presso le AASSLL secondo lo schema, che verrà definito con successiva determinazione dirigenziale del Settore regionale competente, riportante l'ASL vigilante e la corrispondente ASL vigilata sulla base delle attuali strutture a gestione diretta ASL.

La Commissione di vigilanza per lo svolgimento dell'attività è accompagnata da un rappresentante della Direzione Sanità e Welfare/settore "Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità", che non ha funzioni di vigilanza ma esclusivamente di garanzia di coordinamento e omogeneità dei comportamenti delle varie commissioni.

Per tale attività valgono gli indirizzi di cui alla presente deliberazione ed i termini previsti per le Commissioni di vigilanza, oltre ai termini di cui alla DGR n. 23-437 del 2.8.2010.

Per ciascuna struttura a gestione diretta dovrà essere individuata una figura del profilo dirigenziale interna all'ASL, da comunicare alla Direzione Sanità e Welfare/settore "Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità", responsabile della struttura per il conseguimento e mantenimento di tutti i requisiti di esercizio e accreditamento e che deve altresì adempiere a tutti i debiti informativi previsti.

Le strutture a gestione diretta devono garantire il possesso e mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali, nonché adempiere a tutti gli obblighi previsti per le medesime strutture a gestione privata. Sono invece considerati posseduti i requisiti soggettivi

del Legale Rappresentante.