



**A.S.L. TO5**

Azienda Sanitaria Locale  
di Carmagnola, Chieri, Moncalieri e Nichelino

**PROCEDURA AZIENDALE**

DATA: \_\_\_\_\_

**PROCEDURA AZIENDALE**

**Funzionamento della Commissione di Vigilanza**

	<b>Nominativo</b>	<b>Funzione</b>
<b>Stesura</b>	Elena Gelormino	Responsabile SSVD Vigilanza
	Alessandro Caldelara	Assistente amministrativo
	Gerardo Di Martino	Collaboratore professionale sanitario infermiere
	Enrico Fileppo	Responsabile SS Servizio di Prevenzione e Promozione
	Paolo Finardi	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
	Davide Insalata	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
	Tiziana Lacchio	Direttrice SC DIPSA
	Laura Beatrice Scannerini	Assistente Sociale SSA
	Daniela Toaldo	Responsabile SSA
	Pierfederico Torchio	Direttore SCISP
	Alessandra Ursitti	Collaboratore amministrativo professionale
	Claudia Zucca	Responsabile SS Legale
<b>Verifica / approvazione</b>	Margherita Gulino	Direttore Dip. Prevenzione
<b>Supervisione</b>	Gerardantonio Coppola	Coordinatore GdL PSDTA, Protocolli e Procedure Aziendali
<b>Validazione</b>	Carlo Macchiolo	Direttore Sanitario d'Azienda
	Flavio Nalesso	Direttore Amministrativo d'Azienda

0	tutti	tutte	Prima stesura	20/06/2024
<b>Rev.</b>	<b>Paragrafo</b>	<b>Pag.</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Data</b>

### ***Distribuzione e Diffusione***

---

Questa procedura rappresenta al contempo uno strumento di lavoro per i componenti della Commissione di Vigilanza e un mezzo per informare la cittadinanza e gli attori dei settori sanitario e socioassistenziale sui metodi impiegati e i principi guida dell'attività istituzionale propria, nella speranza di aumentare la trasparenza degli atti. Essa sarà pubblicata sul sito aziendale alla pagina dedicata alla SSVD Struttura di Vigilanza.

## INDICE

1.	Acronimi .....	4
2.	Premessa .....	5
3	Scopo .....	5
4.	Campo di applicazione .....	6
5.	Responsabilità .....	6
6.	Modalità operative .....	7
7.	Provvedimenti amministrativi .....	10
8.	Diritti sanitari .....	11
9.	Trasparenza .....	11
10.	Strumenti .....	11
11.	Documenti di riferimento .....	12
12.	Indicatori di processo e di esito .....	13
13.	Modalità di verifica degli indicatori .....	14
14.	Revisione del documento .....	14
15.	Definizioni .....	14

## **1. Acronimi**

---

CdV: Commissione di Vigilanza

DGR: Delibera della Giunta Regionale

DiPSa: Direzione delle Professioni Sanitarie

D.lgs: Decreto Legislativo

EBM: Evidence Based Medicine

EBN: Evidence Based Nursing

eIDAS: electronic IDentification, Authentication and trust Services

LR: Legge Regionale

PSDTA: Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico Assistenziale

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

SSVD: Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale

SSA: Servizio Sociale Aziendale

SSPP: Struttura Semplice servizio Prevenzione e Protezione

Di.P.Sa: Direzioni Professioni Sanitarie

SCISP: Struttura Complessa di Igiene e Sanità Pubblica

## 2. Premessa

---

In Regione Piemonte l'esercizio delle funzioni di autorizzazione e controllo sulle strutture sanitarie private e sui presidi socio-sanitari, socio-assistenziali e socio-educativi insistenti sul territorio di competenza delle singole ASL è attribuito alle Commissioni di Vigilanza (CdV) aziendali, organismi tecnico - ispettivi specificatamente preposti.

La SSVD Struttura di Vigilanza, inserita nel Dipartimento di Prevenzione, esplica il proprio mandato nei confronti delle strutture sociosanitarie, socioassistenziali, socioeducative e sanitarie, a mezzo della Commissione di Vigilanza, nel rispetto delle norme vigenti. Ai sensi della DGR 7-2645 del 22/12/2020 questa, nell'operare sulle strutture sociosanitarie, socioassistenziali e socioeducative è così composta:

<b>ruolo</b>	<b>funzione</b>
Responsabile SSVD e Presidente CdV	Organizzazione, coordinamento, indirizzo e responsabilità dei procedimenti
Componente amministrativo	Aspetti amministrativi, procedurali e giuridici
Componente Servizio sociale	Aspetti organizzativi, educativi e della tutela sociale
Componente SC Igiene e Sanità pubblica	Aspetti strutturali e igienico sanitari
Componente SS servizio Prevenzione e Protezione	Aspetti di sicurezza e impiantistici
Componente SC Di.P.S.a	Aspetti infermieristico-assistenziali

Ai sensi della DGR 24-6579 del 28/10/2013, nell'operare sulle strutture sanitarie, la Commissione è composta dalla medesima équipe modificata o integrata sulla base delle esigenze e delle specifiche attività di verifica da eseguire.

## 3. Scopo

---

Questo documento descrive il processo delle funzioni di autorizzazione, accreditamento e vigilanza, definendone le regole operative e le responsabilità, conformemente alle norme in vigore.

In particolare, fornisce indicazioni per la corretta attività di verifica della presenza/sussistenza dei requisiti strutturali, gestionali e organizzativi dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, affinché ci sia e permanga corrispondenza con quanto previsto dalla specifica normativa.

Particolare attenzione è posta all'appropriatezza e alla qualità delle prestazioni erogate per tutelare il benessere psico-fisico delle persone che usufruiscono dei servizi o sono ospitate nelle strutture.

Nella propria attività, la Commissione fa riferimento alla normativa vigente e alle conoscenze tecnico-scientifiche fondate sugli studi più recenti.

A tal fine essa svolge:

- attività istruttoria finalizzata al rilascio, modifica, sospensione e revoca del titolo autorizzativo all'esercizio e al funzionamento e al conseguente accreditamento delle strutture;
- attività istruttoria finalizzata al rilascio di pareri tecnici ad altri Enti Pubblici, in particolare alla Regione e al Comune, a supporto delle loro competenze autorizzative in alcuni settori;

- controllo e verifica della sussistenza dei requisiti strutturali, igienico-sanitari, tecnici e gestionali previsti, secondo la diversa tipologia di appartenenza dei servizi e delle strutture, alle norme nazionali e regionali vigenti, nonché ogni altra attività di verifica prevista dalle disposizioni normative di riferimento;
- accertamento e prova dell'assistenza erogata nei confronti della generalità degli assistiti, anche mediante indicazioni scientifico-tecniche che consentano la revisione della qualità delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento continuo degli stessi.

Il rilascio di pareri preventivi di qualunque natura a soggetti privati non rientra nelle competenze della Commissione di Vigilanza.

L'attività della Commissione è rivolta a tutti gli ambiti della cura e dell'assistenza ma, poiché, come ad esempio, la sicurezza sul lavoro, l'igiene degli alimenti, del suolo e dell'abitato, la gestione dei rifiuti rientrano nelle competenze di altri servizi dell'ASL o di altri enti, qualora emergano dei dubbi su tali argomenti in sede di sopralluogo, la Commissione si riserva di segnalare il problema e richiedere l'intervento delle istituzioni preposte.

La Commissione può svolgere attività congiunta con altri Enti (Nucleo Anti Sofisticazione dell'Arma dei Carabinieri, rappresentanti del Comune, Garante etc.), o richiedere la partecipazione di specifiche professionalità presenti in ASL o fuori, se ritenuto necessario.

#### ***4. Campo di applicazione***

---

Questa procedura si applica sia alle strutture e ai presidi ubicati sul territorio aziendale sia a quelli a diretta gestione di altre AA.SS.LL., secondo le attribuzioni della Regione Piemonte (almeno il 5% dei sopralluoghi su base annua) e, compatibilmente con le risorse umane disponibili, secondo le tempistiche dettate dalle norme dei singoli settori oggetto dell'attività.

#### ***5. Responsabilità***

---

Ogni membro della Commissione di Vigilanza risponde del proprio operato ed è responsabile, sulla base delle proprie competenze professionali, dei pareri espressi nello svolgimento delle attività di vigilanza.

Al Presidente sono attribuite funzioni e responsabilità derivanti dalla nomina a "Responsabile del procedimento amministrativo" ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i. e dalla individuazione quale referente per il trattamento dei dati personali relativo all'attività di vigilanza, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs. 10 agosto 2018 n. 101.

Il Presidente è responsabile altresì del resoconto delle attività svolte dalla Commissione agli uffici dei relativi Enti competenti per materia, nei termini indicati dalle specifiche disposizioni di settore o, laddove non previsti, entro il mese di marzo dell'anno successivo a quello che ne costituisce l'oggetto.

Il Presidente, i Commissari e i Segretari verbalizzanti sono tenuti a dichiarare eventuali conflitti d'interesse, secondo le modalità definite dall'Azienda (cfr art. 6 del Codice del comportamento aziendale approvato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 791 del 07/11/2023).

## **6. Modalità operative**

---

La Commissione di Vigilanza persegue i propri scopi attraverso attività tecnico-istruttorie e di controllo. Tutte le fasi procedurali sono de-materializzate, come previsto dal Regolamento europeo eIDAS 910/2014/UE e recepito dal D.Lgs 82/05 e s.m.i.

I procedimenti iniziano con un sopralluogo (i cui risultati sono recepiti in loco con un verbale che viene immediatamente trasmesso alla parte interessata mediante trasmissione digitale), proseguono con l'eventuale acquisizione documentale o con indagini tecniche svolte *ad hoc* e terminano con una relazione conclusiva. Successivamente, il Responsabile del singolo procedimento prima e il Responsabile della SSVD dopo, propongono al Direttore Generale la deliberazione contenente i risultati dell'attività istruttoria effettuata ed eventuali azioni conseguenti.

### *Regole specifiche per la funzione di autorizzazione*

Il procedimento per l'autorizzazione di nuove attività si svolge e si conclude entro 90 giorni dalla presentazione dell'istanza, salvo motivi oggettivi valutati dalla Commissione. La visita ispettiva si svolge in una data concordata con gli interessati.

La Commissione ha facoltà di limitare la propria attività al solo verbale di sopralluogo nel caso in cui disponga degli elementi necessari all'espressione del parere, proponendo immediatamente la decisione alla Direzione Generale e chiudendo così il procedimento in tempi brevi. Nei casi particolarmente semplici, la Commissione ha facoltà di limitare il proprio intervento alla sola valutazione documentale, proponendo subito dopo l'autorizzazione alla Direzione.

Verbale e relazione (secondo i modelli indicati dalla normativa regionale, laddove disponibili) danno comunque conto almeno degli elementi descritti in § Strumenti.

Il provvedimento autorizzativo è integralmente pubblicato sull'albo pretorio dell'Azienda, trasmesso al richiedente e ad eventuali Enti Pubblici per l'assolvimento di obblighi informativi e/o di competenza; esso è conservato negli archivi informatici della SSVD Struttura Vigilanza.

A tale atto, su richiesta della parte interessata, che potrà avvenire contestualmente a quella relativa all'autorizzazione al funzionamento ma anche in un momento successivo, seguirà il provvedimento circa l'accreditamento istituzionale del presidio. In questo caso, entrambi i provvedimenti saranno oggetto di pubblicazione sull'albo pretorio aziendale e successivamente posti a conoscenza della Struttura aziendale SS Controllo di Gestione per gli adempimenti di competenza.

Qualsiasi modifica ricadente sull'autorizzazione deve essere disposta dall'Azienda a seguito di apposita domanda del soggetto gestore corredata dalla necessaria documentazione.

Il flusso di azioni previste durante la fase autorizzativa è il seguente:

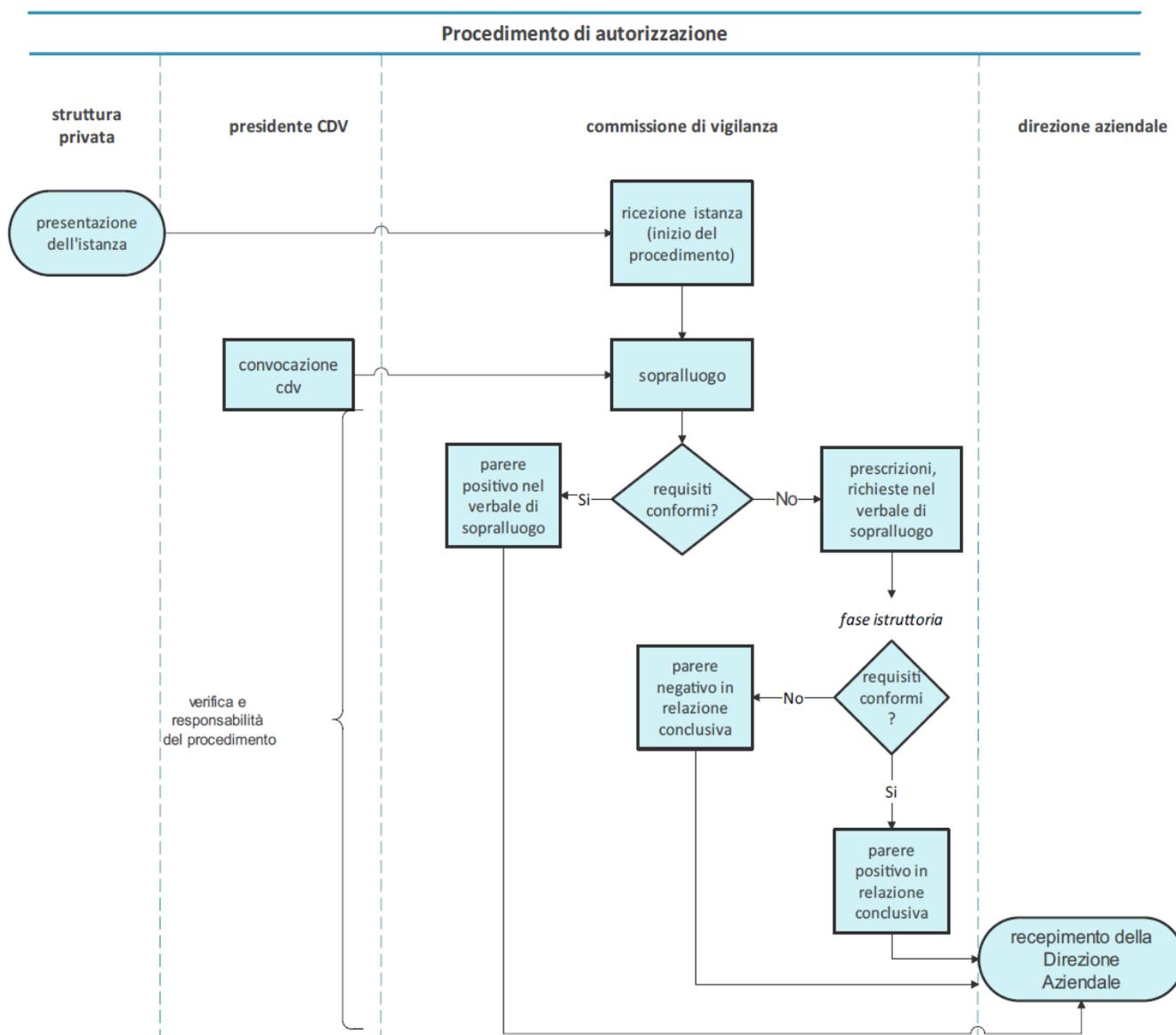


Figura 1: procedimento autorizzativo

### Regole per l'emissione dei pareri di competenze ad Enti Pubblici

Nei casi in cui la competenza autorizzativa risiede in altro Ente (Regione o Comune), questo può chiedere il parere tecnico di valutazione dei requisiti esistenti alla SSVD Struttura di Vigilanza. Sulla base della documentazione adottata e, solitamente, di un sopralluogo, è emesso il parere di merito, nei tempi previsti dalla norma vigente. Il procedimento si articola in maniera equivalente a quello autorizzativo descritto nel precedente paragrafo.

### Regole specifiche per la funzione di controllo

Le attività sono svolte secondo un programma di massima, con un calendario predeterminato a cadenza trimestrale, tenendo però conto di eventuali adempimenti richiesti dalla normativa vigente o situazioni che rivestano carattere d'urgenza.

Tale attività è caratterizzata da ispezioni senza preavviso. Nessun dipendente aziendale può informare i responsabili della struttura/presidio della visita imminente.

Il sopralluogo inizia con la presentazione dei membri della Commissione ai responsabili della struttura e l'identificazione di un ufficio idoneo per la scrittura del verbale riservata ai soli commissari.

Durante la visita ispettiva i commissari si muovono all'interno della struttura sempre in un numero minimo di due, su indicazione del responsabile. Se un Commissario ha esigenza, per gravi motivi, di lasciare la sede prima della conclusione dei lavori, ne è registrata l'ora di uscita sul testo del verbale.

Il verbale, recepisce i singoli pareri dei commissari presenti ed è elaborato congiuntamente in loco, riporta richieste di tipo documentale ed eventuali prescrizioni urgenti; esso è condiviso con i responsabili della struttura mediante lettura e discussione degli eventuali punti non chiari. È sottoscritto da ogni commissario e dal Legale Rappresentante della struttura/del presidio o da un suo delegato. Tale sottoscrizione riveste una duplice valenza, ovvero attesta la partecipazione del soggetto alle operazioni di visita e vale come atto di comunicazione dell'avvio del procedimento amministrativo ispettivo.

A seguito della ricezione della documentazione richiesta alla Struttura, si avvia l'istruttoria, per la disamina dei documenti da parte dei commissari competenti. Ogni procedimento è poi discusso in sede di riunione congiunta per l'elaborazione dei contenuti della relazione conclusiva.

Verbale e relazione (secondo i modelli indicati dalla normativa regionale, laddove disponibili) danno conto almeno degli elementi descritti in § Strumenti.

I sopralluoghi si svolgono con una periodicità prevista dalla normativa regionale.

Per le strutture che presentino situazioni degne di approfondimento, la frequenza di accesso potrà essere superiore, anche facendo ricorso all'istituzione di sottocommissioni tecniche a valenza istruttoria, il cui esito è incluso nella relazione conclusiva del procedimento. Quest'ultimo dovrà essere approvato dalla Direzione Generale entro 180 giorni dall'avvio e trasmesso agli Enti titolari delle funzioni autorizzativa e/o di accreditamento, qualora queste non siano in capo all'ASL.

Le priorità dei controlli sono stabilite secondo i seguenti criteri:

1. segnalazioni e reclami da parte di enti o utenti e urgenze estemporanee,
2. rispetto di scadenze imposte a livello regionale e dalla normativa,
3. verifica dell'adempimento di prescrizioni date nei precedenti sopralluoghi,
4. intervallo temporale trascorso dall'ultimo controllo.

Le azioni e la loro sequenza previste nell'ambito del procedimento amministrativo di controllo sono le seguenti:

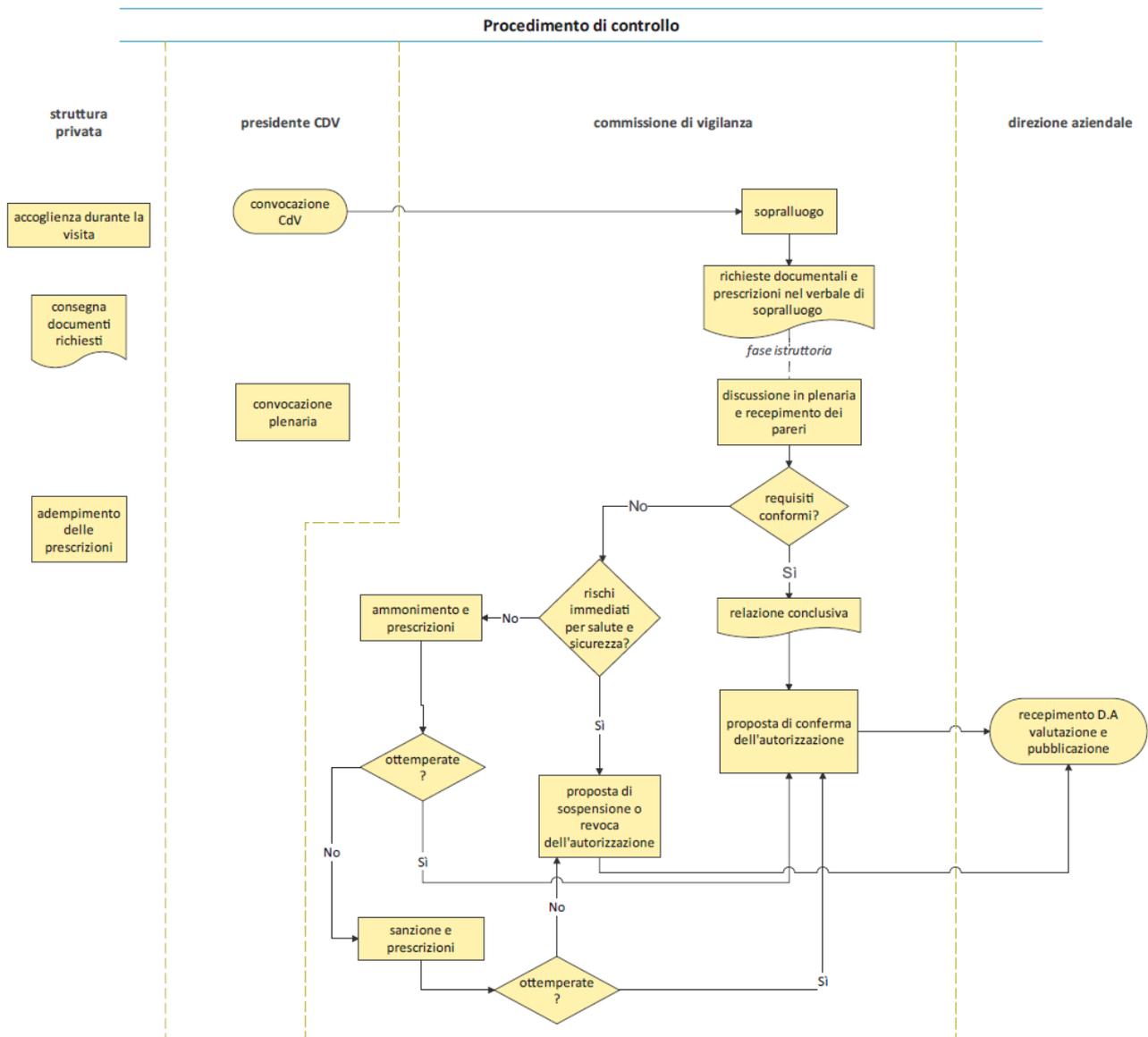


Figura 2: procedimento di vigilanza

## 7. Provvedimenti amministrativi

La Commissione, qualora rilevi situazioni di non conformità idonee a creare nocumento agli interessi della pluralità degli utenti e/o relative a importanti carenze infrastrutturali, può comminare sanzioni pecuniarie amministrative.

Le fattispecie, per le quali è ammesso il ricorso all'emissione di sanzioni amministrative, sono legalmente previste rispettivamente nella Legge regionale n. 1 del 2004, integrata con la L.R. n. 16 del 29 luglio 2016 e nella Legge di Riordino n. 3 del 9 marzo 2023 artt. 26 e 27, seguendo il procedimento sanzionatorio disciplinato dalla Legge n. 689 del 24 novembre 1981.

Oltre alla sanzione pecuniaria, sulla base della gravità degli illeciti e della loro reiterazione, la Commissione può proporre alla Direzione Generale dell'ASL TO5 o all'eventuale Ente competente per l'autorizzazione, la sospensione (anche parziale, con il c.d. blocco degli ingressi) o la revoca del titolo autorizzativo.

## **8. Diritti sanitari**

---

In merito ai diritti sanitari si applica il tariffario regionale per le funzioni di autorizzazione previsto e disciplinato dalla D.G.R. n. 42-12939 del 15/7/2004

## **9. Trasparenza**

---

Ogni atto deliberativo, sia in merito alle autorizzazioni sia per le vigilanze, è pubblicato sull'Albo Pretorio dell'ASL con le tempistiche previste dalla normativa.

Gli stessi sono integralmente trasmessi alla parte nei cui confronti è effettuato il procedimento.

Inoltre, sono pubblicati sul sito aziendale la composizione della Commissione di Vigilanza, la presente procedura, il registro delle strutture residenziali e gli strumenti di rilevazione e di istanza con l'obiettivo di sostenere il costante miglioramento della qualità delle prestazioni.

È istituita una casella di posta elettronica quale servizio per le relazioni con il pubblico e dedicata anche alla ricezione di eventuali segnalazioni e criticità, circostanziate e non anonime, riguardanti le strutture oggetto di vigilanza ([commissionedivigilanza@aslto5.piemonte.it](mailto:commissionedivigilanza@aslto5.piemonte.it)). Ogni segnalazione sarà trattata secondo le regole previste dall'ASL TO5.

Non è prevista funzione di sportello né di consulenza telefonica per salvaguardare la terzietà della Commissione.

## **10. Strumenti**

---

Per il proprio corretto funzionamento e per garantire la vigilanza sul maggior numero possibile di strutture, la SSVD Struttura di Vigilanza si dota dei seguenti strumenti di lavoro:

### **1. Liste di controllo (c.d. *checklists*)**

Si tratta di documenti tecnici di indirizzo e supporto all'attività ispettiva, in parte elaborati dalla Regione Piemonte e in parte integrati da elementi aziendali, omogenei, condivisi sulla base delle competenze dei singoli membri ed elaborati alla luce delle evidenze scientifiche disponibili e di linee guida nazionali o internazionali validate.

Il loro utilizzo non è vincolante né limitante il campo di esame della CdV.

### **2. Anagrafe delle strutture e diario delle attività di vigilanza**

Consiste nella registrazione (costantemente aggiornata) delle attività di vigilanza attraverso l'utilizzo di un database relazionale contenente, per ogni struttura/presidio sottoposto a vigilanza, oltre alle caratteristiche tipologiche di attività e generalità degli enti gestori, anche gli esiti di ogni attività di controllo e verifica, nonché le prescrizioni, gli adempimenti e gli eventuali provvedimenti assunti. Il programma permetterà la quantificazione e valutazione periodica dell'attività svolta ed eventuali approfondimenti.

### **3. Archivio della documentazione**

La CdV adotta un modello di archiviazione, in modo da rendere più trasparente e agevole l'accesso a tutti i soggetti autorizzati.

Lo schema proposto è il seguente:

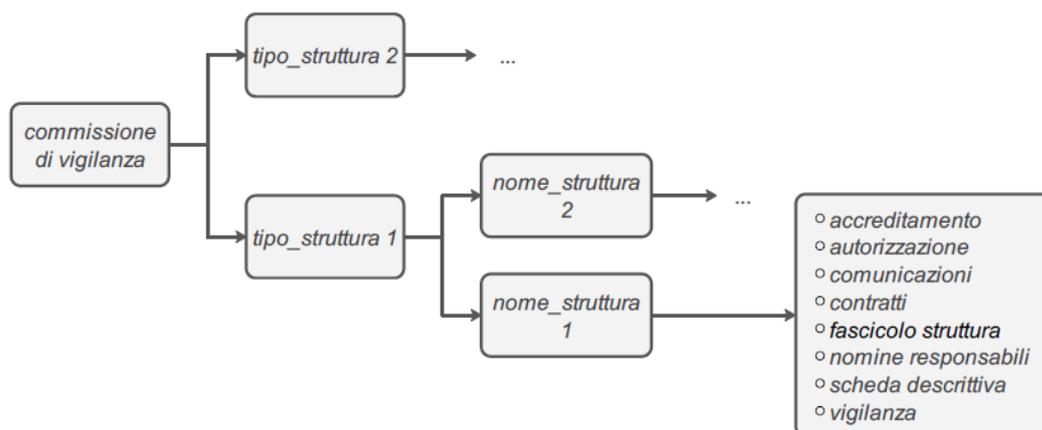


Figura 3: elementi fondamentali dell'archivio elettronico

#### 4. Modelli dei verbali di sopralluogo

Sono rappresentati da testi di registrazione dell'attività di vigilanza secondo il formato previsto dalla normativa vigente, laddove approvato, e danno conto almeno dei seguenti elementi:

- componenti della CdV con rispettivi ruoli e loro partecipazione attestata da firma autografa;
- dati anagrafici della struttura e partecipanti alla verifica;
- esito della verifica nelle sue componenti principali (inquadramento generale, elementi di sicurezza, igiene e qualità delle cure, elementi educativi e di umanizzazione/personalizzazione dell'assistenza);
- eventuale documentazione richiesta e/o acquisita in loco;
- eventuali prescrizioni impartite a seguito delle non conformità riscontrate.

#### 5. Riunioni periodiche dell'équipe

La Commissione definisce incontri periodici, con frequenza almeno quindicinale, durante i quali i commissari coinvolti nei procedimenti si riuniscono per discutere: i risultati dell'esame documentale che saranno recepiti nella relazione conclusiva, lo studio della normativa o di argomenti ritenuti meritori di approfondimento comune e la programmazione periodica.

### **11. Documenti di riferimento**

---

I principali riferimenti normativi in materia di composizione e di organizzazione, delle Commissioni di Vigilanza sono i seguenti:

#### *Per le strutture sanitarie private*

- D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579, ad oggetto "Nuove linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie Locali in ordine alle modalità organizzative e di funzionamento delle Commissioni di vigilanza per le attività di verifica sulle strutture sanitarie private"

#### *Per le strutture socio assistenziali*

- D.G.R. 22 dicembre 2020, n. 7-2645, avente ad oggetto *"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"*
- D.G.R. 16 ottobre 2023, n. 24-7566, avente ad oggetto: *"D.G.R. 22 dicembre 2020, n. 7 – 2645 avente ad oggetto "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". Modifiche e integrazioni;*

*Ulteriore normativa in merito alla titolarità della funzione di autorizzazione e di vigilanza*

- Legge 8 novembre 2000 n. 328 *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"*
- Legge regionale 8 gennaio 2004, n.1, avente a oggetto *"Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"*, come modificata dalla Legge regionale 29 luglio 2016, n. 16, recante *"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)";*
- Legge regionale 29 luglio 2016, n. 16. *"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)";*
- Legge regionale 9 luglio 2020, n. 15 *"Misure urgenti di adeguamento della legislazione regionale – Collegato"*
- D.G.R. 11 febbraio 2008 n. 32-8191 *"Disposizioni per l'esercizio delle funzioni amministrative di vigilanza sui presidi socio assistenziali, socio educativi e socio sanitari, ai sensi dell'art. 54 della L.R. 1/2004";*

Per i riferimenti normativi in merito ai requisiti strutturali, impiantistici, igienico-sanitari e gestionali delle diverse tipologie di strutture/presidi si rinvia alla normativa nazionale e regionale di settore.

## **12. Indicatori**

---

Il lavoro della CdV deve essere sottoposto a valutazione da parte degli Enti sovrapposti.

Questo regolamento stabilisce i primi indicatori che saranno utilizzati nel rapporto annuale di attività. Si tratta di meri indicatori di processo che permettono di quantificare l'impegno della CdV ma nulla possono dire sull'efficacia dei controlli svolti; per questo sarebbero necessari almeno indicatori di risultato (output) che, al momento dell'approvazione di questo regolamento, non sono applicabili alla realtà dell'ASL TO5.

La verifica degli indicatori descritti in tabella ha cadenza annuale con valutazione dell'andamento temporale dagli anni precedenti.

INDICATORE	Numeratore/Denominatore	STANDARD	Responsabile verifica
Tempestività della risposta alle richieste di autorizzazione	n. provvedimenti conclusi nei tempi previsti/totale istanze ricevute	100%	Responsabile SSVD
Coerenza del processo produttivo	n. procedimenti di vigilanza conclusi con l'adozione di un provvedimento finale / totale procedimenti avviati	100%	Responsabile SSVD
Performance rispetto agli standard di legge	n. procedimenti di vigilanza conclusi / totale di quanto previsto dalla normativa	50%	Responsabile SSVD

Tabella 1: indicatori

### **13. Modalità di verifica degli indicatori**

Il Presidente della Commissione ha il compito di vigilare e verificare che le attività descritte nel presente documento siano applicate sistematicamente da parte di tutto il personale coinvolto.

Il responsabile della verifica degli indicatori deve tenere evidenza scritta dei controlli eseguiti con analisi delle cause e descrizione delle azioni di miglioramento da attuare in caso di mancato raggiungimento dello standard indicato e dovrà renderne conto, almeno annualmente, alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione e alla Direzione Aziendale.

Attività di audit potranno essere promosse dal Gruppo di Lavoro PSDTA, procedure e protocolli.

### **14. Revisione del documento**

Il presente documento ha validità 5 anni dalla data di pubblicazione salvo che mutate esigenze dell'azienda, nuove necessità organizzative o variazioni degli indirizzi normativi ne richiedano la modifica sostanziale o la revisione in tempi più brevi.

L'estensore principale è responsabile della revisione del documento che sarà effettuata con i componenti del gruppo di lavoro.

### **15. Definizioni**

*Commissione di Vigilanza:* organismo tecnico - ispettivo aziendale multi professionale formalmente preposto all'esercizio di funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie private e sui presidi socio sanitari e socio assistenziali e socio educativi e insistenti sul territorio di competenza dell'ASL.

*Soggetto gestore:* soggetto titolare del titolo autorizzativo al funzionamento della struttura/del presidio, responsabile della gestione globale dell'attività anche nel caso di affidamento totale o parziale in *outsourcing* dell'erogazione di servizi svolti

*Ente Gestore Servizi Socio Assistenziali:* il soggetto istituzionale che gestisce – su delega dei Comuni – le funzioni socio-assistenziali.

*Operatori pubblici:* i dipendenti dell'ASL TO5 e degli Enti gestori.

*Struttura:* qualsiasi struttura sanitaria privata che eroghi prestazioni sanitarie in regime residenziale e/o ambulatoriale gestita da soggetti privati, ivi comprese quelle relative alla residenzialità psichiatrica

*Presidio*: qualsiasi presidio socio-assistenziale, socio-sanitario, socio-educativo a carattere residenziale e semiresidenziale, gestito da soggetti pubblici e/o privati di cui alla Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 e smi.

*Requisito specifico*: caratteristica necessaria e assunta come standard di riferimento, che deriva da indirizzi normativi, da indicazioni medico infermieristiche basate su prove di efficacia (EBM/EBN), norme di buona pratica normativa tecnica, regolamenti interni o esterni alla struttura, criteri di sicurezza e qualità previsti dalla normativa di riferimento. I requisiti devono essere osservabili e valutabili e costituiscono parte degli indicatori per la valutazione.

*Non-conformità*: mancato o parziale soddisfacimento di requisiti specificati, ovvero scostamento di una o più caratteristiche o di elementi del sistema di gestione della struttura rispetto ai requisiti specificati.

*Rilievo*: accertamento e formalizzazione documentale di un fatto o di fasi di un processo rilevate durante il processo di verifica e supportato da evidenza oggettiva.

*Autocertificazione*: dichiarazione di un soggetto con cui, nei termini previsti dalla legge, nel proprio interesse e sotto responsabilità penale, si dichiarano alla Pubblica Amministrazione stati, fatti, qualità, dati ed informazioni relative alla struttura ed al funzionamento della stessa.

*Accertamento documentale*: verifica della documentazione ottenuta durante la fase istruttoria e le ispezioni, da segnalazioni/esposti/lamentele pervenute, dall'esito delle verifiche, da necessità maturate a seguito di modifiche normative, ecc.

*Verifica*: l'esame sistematico per appurare - attraverso sopralluogo ispettivo e esame della documentazione prodotta dal soggetto interessato – la rispondenza della struttura ai requisiti fissati dalla normativa (verifica per l'autorizzazione) o il suo mantenimento nel tempo (verifiche per l'attività di vigilanza)".

*Verifica per l'autorizzazione*: processo di attività finalizzate alla verifica della completezza documentale ed esame sistematico diretto finalizzato a determinare la conformità della struttura rispetto a requisiti predefiniti.

*Verifica per l'attività di vigilanza*: processo di verifica della completezza documentale ed esame sistematico diretto finalizzato a determinare il mantenimento nel tempo della conformità della struttura rispetto ai requisiti predefiniti.